



1^{ra} Edición

Enfermería en Salud Familiar y Comunitaria

Autores Investigadores: Lcda. Nube Johanna Pacurucu Avila Mgs, Lcda. María Graciela Merchán Coronel Mgs, Dra. Isabel Cristina Mesa Cano. PhD, Lcda. Marcia Yolanda Cobos Alvarracin Mgs, Md. Karina Mercedes Espinoza Aguirre Mgs, Md. María Fernanda Pesántez Calle Mgs, Dra. Fanny Cecilia Rodríguez Quezada. PhD, Lcda. Ana Beatriz Guapacasa Yanza Mgs, Lcda. Anita del Carmen Puente Arroyo Mgs, Md. Marco Antonio Siguenza Pacheco Mgs.

ENFERMERÍA EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA



1ª Edición

Enfermería en **Salud Familiar y Comunitaria**

Lcda. Nube Johanna Pacurucu Avila Mgs.
Lcda. María Graciela Merchán Coronel Mgs.
Dra. Isabel Cristina Mesa Cano. PhD
Lcda. Marcia Yolanda Cobos Alvarracin Mgs.
Md. Karina Mercedes Espinoza Aguirre Mgs.
Md. María Fernanda Pesántez Calle Mgs.
Dra. Fanny Cecilia Rodríguez Quezada. PhD
Lcda. Ana Beatriz Guapacasa Yanza Mgs.
Lcda. Anita del Carmen Puente Arroyo. Mgs.
Md. Marco Antonio Siguenza Pacheco Mgs.


EDICIONES MAWIL

1^{ra} Edición


Enfermería en **Salud Familiar y Comunitaria**

Autores


Lcda. Nube Johanna Pacurucu Avila Mgs.

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


Lcda. María Graciela Merchán Coronel Mgs.

Máster en Dirección y Gestión de Unidades de Enfermería;
Licenciada en Enfermería;
Universidad Católica de Cuenca; Cuenca, Ecuador;
 <https://orcid.org/0000-0002-3884-2022>

Dra. Isabel Cristina Mesa Cano. PhD

Especialista en Cuidado al Adulto en Estado Crítico de Salud;
Doctora en Ciencias de la Enfermería;
Enfermera; Universidad Católica de Cuenca; Cuenca, Ecuador;
 <https://orcid.org/0000-0003-3263-6145>

Lcda. Marcia Yolanda Cobos Alvarracin Mgs.


Magíster en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local;
Licenciada en Enfermería;
Universidad Católica de Cuenca; Cuenca, Ecuador;
 <https://orcid.org/0000-0003-3390-2185>

Md. Karina Mercedes Espinoza Aguirre Mgs.


Magíster Seguridad y Salud Ocupacional;
Medico Ocupacional; miembro Fundadora de la Asociación de
Médicos con Especialidad en Salud y Seguridad en el Trabajo del
Azuay (ASOMESST); Universidad Católica de Cuenca;
Cuenca, Ecuador;
<https://orcid.org/0000-0002-3027-9773>




Md. María Fernanda Pesántez Calle Mgs.

Magíster en Salud Ocupacional y Seguridad en el Trabajo;
Coordinadora Comisión de Vinculación con la Sociedad de la
Carrera de Enfermería, Campus Universitario Cuenca;
Presidenta de la Asociación de Médicos con Especialidad en Salud y
Seguridad en el Trabajo del Azuay (ASOMESST);
Universidad Católica de Cuenca; Cuenca, Ecuador;
 <https://orcid.org/0000-0002-1034-2966>


Dra. Fanny Cecilia Rodríguez Quezada. PhD

Magíster en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local;
Doctora en Enfermería; Universidad Católica de Cuenca;
Cuenca, Ecuador;
 <https://orcid.org/0000-0002-8139-3816>


Lcda. Ana Beatriz Guapacasa Yanza Mgs.

Especialista en Enfermería de Cuidado Critico;
Magíster en Gestión del Cuidado con mención en
Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidado Intensivo;
Universidad Católica de Cuenca; Cuenca, Ecuador;
 <https://orcid.org/0000-0001-6676-4191>

Lcda. Anita del Carmen Puente Arroyo. Mgt.

Magíster en Gerencia Hospitalaria;
Enfermera Oncóloga; Jefe de Medicina Interna y de la
Unidad de Trasplante del Hospital Solca Cuenca;
Universidad Católica de Cuenca; Cuenca, Ecuador;
 <https://orcid.org/0000-0001-9986-6266>

Md. Marco Antonio Siguenza Pacheco Mgs.

Magister en Gerencia de Salud y Desarrollo Local;
Médico; Universidad Católica de Cuenca; Cuenca, Ecuador;
 <https://orcid.org/0000-0003-4058-6037>


1ª Edición

Enfermería en **Salud Familiar y Comunitaria**

Revisores Académicos

PhD. Neris Marina Ortega Guevara

PhD. en Enfermería Salud y Cuidado Humano;
Magíster en Cuidado Integral al Adulto Críticamente Enfermo;
Especialista en Enfermería Perioperatoria;
Licenciada en Enfermería;
Docente Titular de la Universidad Metropolitana,
Carrera de Enfermería Guayaquil; Guayaquil, Ecuador;
neris_marina@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-5643-5925>

PhD. Cruz Xiomara Peraza de Aparicio Esp.

PhD. en Ciencias de la Educación;
PhD. en Desarrollo Social;
Especialista en Medicina General de Familia Médico Cirujano;
Docente Titular de la Universidad Metropolitana,
Carrera de Enfermería Guayaquil; Guayaquil, Ecuador;
xiomaparicio199@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-2588-970X>

Catalogación Bibliográfica

AUTORES:

Lcda. Nube Johanna Pacurucu Avila Mgs.
Lcda. María Graciela Merchán Coronel Mgs.
Dra. Isabel Cristina Mesa Cano. PhD
Lcda. Marcia Yolanda Cobos Alvarracin Mgs.
Md. Karina Mercedes Espinoza Aguirre Mgs.
Md. María Fernanda Pesántez Calle Mgs.
Dra. Fanny Cecilia Rodríguez Quezada. PhD
Lcda. Ana Beatriz Guapacasa Yanza Mgs.
Lcda. Anita del Carmen Puente Arroyo. Mgs.
Md. Marco Antonio Siguenza Pacheco Mgs.

Título: Enfermería en Salud Familiar y Comunitaria

Descriptor: Ciencias médicas; Enfermería; Salud de la Familia; Atención Médica.

Código UNESCO: 32 Ciencias Médicas

Clasificación Decimal Dewey/Cutter: 610.7/P129

Área: Ciencias Médicas

Edición: 1^{era}

ISBN: 978-9942-622-10-5

Editorial: Mawil Publicaciones de Ecuador, 2022

Ciudad, País: Quito, Ecuador

Formato: 148 x 210 mm.

Páginas: 153

DOI: <https://doi.org/10.26820/978-9942-622-10-5>



Texto para docentes y estudiantes universitarios

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

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

Director Académico: PhD. Jose María Lalama Aguirre

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

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

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

Corrector de estilo: Lic. Marcelo Acuña Cifuentes

1ª Edición

Enfermería en **Salud Familiar y Comunitaria**

ÍNDICE
ÍNDICE



PRÓLOGO..... 12
INTRODUCCIÓN..... 15

CAPÍTULO I

GENERALIDADES SOBRE EL CUIDADO FAMILIAR
COMUNITARIO E INTERCULTURAL 18
1.1. Epistemología de enfermería familiar y comunitaria 18
1.2. Definiciones, roles, funciones, actividades,
limitaciones y retos de la enfermera 24
Función Administrativa de Enfermería 31
1.3. Participación comunitaria para la promoción de la salud..... 35

CAPÍTULO II

BASES PARA EL CUIDADO FAMILIAR E INTERCULTURAL..... 39
2.1. La familia como unidad de atención 39
2.2. Definiciones de familia, tipos y etapas del ciclo familiar 40
2.3. Funciones, tensiones y crisis familiares 53
2.4. Herramientas del proceso enfermero: visita domiciliaria,
filiograma/genograma, ficha familiar, apgar familiar 56
2.5. Enfoque de riesgo por ciclos de vida en las intervenciones
de enfermería con la familia..... 63
2.6. Prestaciones por ciclos de vida 65
2.7. El proceso enfermero aplicado al cuidado familiar
e intercultural, aplicando taxonomía NANDA, NOC, NIC,
enfocados a la promoción de la salud y la prevención de
enfermedades 68

CAPÍTULO III

BASES PARA EL CUIDADO COMUNITARIO INTERCULTURAL..... 74
3.1. Concepto de comunidad 74
3.2. Salud comunitaria y atención primaria orientada
a la comunidad..... 74
3.3. Acción comunitaria, criterios y recomendaciones 75
3.4. Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) 79

3.5. Herramientas sociales para el desarrollo de la participación e investigación con la comunidad 84

3.6. Diagnostico situacional de salud ASIS-fases..... 93

CAPÍTULO IV

PROGRAMAS, GUIAS, PROTOCOLOS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA..... 103

4.1. Programas y campañas del MPS..... 103

4.1.1. Programas del control de los desórdenes por deficiencia de yodo 103

4.1.2. Estrategia nacional de prevención y control de VIH/SIDA-ITS 105

4.1.3. Encuesta nacional de salud y nutrición – ENSANUT 111

4.2. Guías del ministerio de salud publica..... 111

4.2.1. Guía de hipertensión 2019..... 114

4.3. PCT (Programa de control de la tuberculosis)..... 118

4.4. Guías y protocolos de ITS/VIH 124

4.5. Plan intersectorial de alimentación y nutrición Ecuador 2018-2022 130

4.6. Programa nacional de sangre 139

4.7. Coronavirus, covid-19 144

BIBLIOGRAFÍA..... 147

1^{ra} Edición

Enfermería en **Salud Familiar y Comunitaria**

ÍNDICE

TABLAS



Tabla 1. Fundamentos de la Atención Primaria Orientada a la Comunidad	81
Tabla 2. Bases metodológicas de la Atención Primaria Orientada a la Comunidad.....	82

1^{ra} Edición

Enfermería en **Salud Familiar y Comunitaria**

ÍNDICE

FIGURAS



Figura 1. Familiograma.....	60
Figura 2. Simbología del familiograma.....	61
Figura 3. Conjunto de prestaciones por ciclo vital.....	67
Figura 4. NANDA-I, NIC, NOC (NNN). Uso en seis fases del proceso enfermero	72

1^{ra} Edición

Enfermería en **Salud Familiar y Comunitaria**

PRÓLOGO
PRÓLOGO



Los enfermeros familiares y comunitarios promueven la salud mental, física y social de una comunidad. Desempeñan el papel de consejeros familiares, profesores e enfermeros, por lo que proporcionan mucho más que asistencia sanitaria básica. Visitan a las personas en sus hogares, cubriendo normalmente el área local de un médico de familia. También pueden realizar sesiones clínicas e informativas en centros médicos o de salud locales.

Una de sus responsabilidades es comprobar el desarrollo de bebés y niños a través de sus visitas y sesiones clínicas. Asumen la responsabilidad del matrn y la mantienen hasta que los niños llegan a la edad de empezar la escuela (momento en que el enfermero escolar toma el control).

Los enfermeros familiares y comunitarios aconsejan a los padres y cuidadores sobre el desarrollo normal de los niños, sobre cuestiones relacionadas con la alimentación, la seguridad, el juego y la estimulación. Se encargan de realizar clases y sesiones clínicas como, por ejemplo, consultas de salud infantil y clases de parto y postparto. Pueden estar vinculados a la supervisión del médico de familia o a clínicas o centros médicos.

Algunos enfermeros familiares y comunitarios proporcionan servicios de vacunación para niños en clínicas o centros médicos. Mientras que una gran parte de su trabajo se realiza con niños de preescolar y ancianos, también dan asistencia a personas de todas las edades y lidian con una amplia variedad de cuestiones. Por ejemplo, cuidan y dan soporte a personas inhabilitadas o con enfermedades crónicas, lo que les facilita la vida en su hogar.

Un ejemplo del aspecto emocional y mental del trabajo puede ser hablar con una madre con depresión postparto, o aconsejar a ex parejas de alguien a quien se le ha diagnosticado VIH. Los enfermeros familiares y comunitarios deben ser capaces de notar cambios en la salud o

el comportamiento de sus pacientes. También deben detectar problemas familiares, como el abuso infantil.

Trabajan como parte de un equipo que incluye pedicuros, enfermeros de salud mental, médicos de familia y ergoterapeutas. Están en contacto con organizaciones de asesoramiento legal o de servicios sociales. Suelen investigar temas de salud local y proporcionan educación sanitaria. Recopilan y usan información sobre problemas sociales y sanitarios de la población local y planifican la mejor forma de afrontarlos. Deben elaborar informes y registros precisos.

1ª Edición

Enfermería en **Salud Familiar y Comunitaria**

INTRODUCCIÓN



El concepto de enfermería familiar y comunitaria es muy importante en la rama de la enfermería, ya que promueven la salud y es la que se encarga de la prevención de enfermedades en la familia y comunidades, está basándose en brindar los conocimientos necesarios sobre buenos hábitos que le permitan promover la salud mental, física y social de una familia o comunidad, esto a través de las visitas domiciliarias. Estos profesionales asumen el rol de terapeutas familiares y educadores en cuanto a diferentes aspectos, podemos decir que no solo se dedican a una asistencia básica y sanitaria, también son encargados de la salud pública.

En este libro presentamos cuatro capítulos donde abordaremos diversos temas para conocer más sobre esta profesión.

En el capítulo 1, tenemos tres sub temas como lo son la epistemología, definiciones, roles, funciones, actividades, limitaciones y roles así como la participación comunitaria y su intervención en la promoción de la salud.

Pasamos al capítulo 2, bases para el cuidado familiar, la familia como unidad de atención, definiciones, tipos y etapas del ciclo familiar, también las funciones, tensiones y crisis familiares, las herramientas usadas en el proceso enfermero, prestaciones por ciclos de vida y el proceso enfermero NANDA, NIC; NOC para la promoción de la salud.

El capítulo 3, trata sobre las bases para el cuidado comunitario, nos centramos en la atención primaria orientada a la comunidad, herramientas sociales para el desarrollo de la participación e investigación, hablamos también sobre el diagnóstico situacional de salud y sus fases.

Para finalizar en el capítulo 4, presentamos los programas, guías y protocolos del ministerio de salud pública, de igual forma tratamos la encuesta nacional de salud y nutrición, el plan intersectorial de alimen-



tación y nutrición y por último el coronavirus que ha impactado grandemente en la profesión enfermera.

1^{ra} Edición

Enfermería en **Salud Familiar y Comunitaria**

CAPÍTULO I

GENERALIDADES SOBRE EL CUIDADO
FAMILIAR
COMUNITARIO E INTERCULTURAL



1.1. Epistemología de enfermería familiar y comunitaria

Todo conocimiento ha partido de una realidad que poco a poco se ha ido consolidando. Dentro de ese conocimiento cabe una gama de fenómenos unos muy abstractos y otros muy concretos. Sin importar que tan complejo sea siempre estará sujeto a un sustento teórico y a un pensamiento filosófico. En el caso de Enfermería, el primer momento del desarrollo del conocimiento fue intuitivo; la experiencia frente al manejo de situaciones marchó fundamentada en el ensayo y error. Los conocimientos fueron transmitidos de una generación a otra mediante el lenguaje oral, convirtiéndose el cuidado en una vocación de ayuda y de servicio en la que se logra acumular una experiencia empírica y un quehacer que no se diferenciaba de otros oficios.

Posteriormente se siente la necesidad de buscar un fundamento teórico acorde con el desarrollo de otros conocimientos para prestar el cuidado. Se comienzan a gestar prácticas sanitarias orientadas al cuidado de las personas haciendo énfasis en las normas de higiene, de control del medio ambiente, hacia la observación de los pacientes y su comodidad, a la administración de medicamentos ordenados por el médico. En este momento se centra la práctica en el cumplimiento de un quehacer señalado por el médico, con poca autonomía frente al cuidado y un estricto cumplimiento de reglas, principios y tradiciones repetitivas que alejaban esta práctica de un quehacer profesional y lo reducían a un oficio, pero con un acúmulo importante de experiencia por los desarrollos empíricos con los que se contaba hasta ese momento.

Este proceso evolutivo conduce a que se establezcan programas de formación estructurados que permitan una mejor fundamentación de las bases teóricas que enriquezcan la práctica de cuidado. Se establecen planes de estudio orientados hacia las ciencias básicas como biología, anatomía, fisiología, microbiología; éstas eran ciencias ya desarrolladas. Así se da comienzo a un período de consolidación del conocimiento; éste se caracteriza porque la experiencia acumulada y

el nuevo conocimiento forman una alianza que genera nuevas necesidades en el campo de la ética y de lo jurídico y así se conforman organizaciones que respaldan el ejercicio de la profesión. En esta evolución del conocimiento de enfermería se reconocen dos paradigmas: el empirista y el interpretativo. Ellos representan visiones del desarrollo del conocimiento y de la realidad opuesta. El empirismo se basa en supuestos de que lo que se conoce se puede verificar por los sentidos. La suposición ontológica del empirismo es que hay una realidad que está afuera en algún lugar y que se puede validar por los sentidos. En este paradigma el conocimiento se desarrolla por observación del mundo natural para verificar y justificar las teorías que describen, predicen y prescriben.

En enfermería este paradigma es útil porque facilita que se compruebe y valide la relación de las teorías y si esto resulta válido éstas se pueden usar para explicar, predecir y prescribir principios que son esenciales e importantes para la práctica clínica. Por otro lado está el paradigma interpretativo; se puede afirmar que éste evolucionó debido a que muchas enfermeras se formaron en disciplinas como filosofía, sociología y antropología y por esta razón vieron el mundo desde otros puntos de vista. Este paradigma se caracteriza por supuestos ontológicos de que la realidad es compleja, holística y dependiente del contexto. El enfoque de la investigación está sobre las experiencias humanas; se hace énfasis en la subjetividad y no en la objetividad únicamente. Teniendo en cuenta que la realidad y la experiencia humana son variables, se valoran las múltiples formas de descubrir el conocimiento derivado de la experiencia humana. Estos métodos interpretativos comprenden la fenomenología, la hermenéutica, la teoría fundamentada, la etnografía y otros.

Como en la evolución de cualquier ciencia, también en Enfermería, la filosofía ayuda a ver lo que no se había visto antes ya que aclara los conceptos, porque sistematiza la forma de pensar apoyándose en elementos como el sentido común, la lógica, la prueba o la ética. Además permite hacer un análisis crítico de la estructura de la realidad, del

origen estructural y alcance del conocimiento, el argumento válido, la acción humana y sus valores, la belleza o la estética, y la historia de la misma filosofía para componer críticamente determinadas argumentaciones. En enfermería la filosofía puede orientarse a una visión mecanicista reduccionista que refleja reactividad, prioriza el conocimiento o su estructura, o bien centrarse en el ser y su experiencia para buscar comprender su significado, interpretación, preocupación y situaciones que vive. La libertad entendida como elección y responsabilidad se concibe como un proceso de tensión que genera desarrollo.

Es así como el primer avance importante en lo conceptual de Enfermería, ha sido establecer, jerarquizar y definir los diferentes elementos que la integran. Los conceptos del Metaparadigma de enfermería surgen con base en la búsqueda de aspectos comunes en la práctica, de los cuales se han identificado cuatro constructos: la persona, la salud, la sociedad/ambiente o contexto y la enfermería. La persona es vista como sujeto de adaptación o receptor del cuidado de enfermería. La familia, el colectivo, grupos o comunidades engloban el concepto de persona. El ambiente representa el escenario donde crece, interactúa y desarrolla la persona y en el que se reconocen los componentes sociales, culturales, espirituales, físicos y psicológicos. Por último la salud es considerada como la representación de la calidad de vida, como la finalidad de la acción de enfermería y como un proceso dinámico. Estos conceptos centrales del metaparadigma suministran una lógica y unos mecanismos para que la disciplina se organice; pero a juicio de algunos teóricos aunque estos conceptos especifican cuatro fenómenos de importancia para enfermería, también son centrales para otras disciplinas. Ya que son muy amplios, abarcan mucho y que son muy abstractos y por esta razón le dan un valor más relevante en este desarrollo a los modelos conceptuales. Sin embargo, a pesar de ello hay una aceptación general de los académicos sobre la propuesta del Metaparadigma para la enfermería, en gran parte porque la perspectiva en la filosofía de la ciencia tiene el status de logro disciplinar al tener un paradigma.

El segundo componente en la estructura jerárquica del conocimiento corresponde a la Filosofía. Ésta es considerada como la búsqueda para la comprensión de la naturaleza humana, con sus realidades, significados, valores y normas de conducta en la medida en que éstos se relacionen con la naturaleza de las sociedades y la educación. Este elemento representa los enunciados de lo que la gente asume como verdad en relación con el fenómeno de interés para una disciplina. Desde el punto de vista ontológico y epistemológico, Enfermería puede resumir sus posturas o visiones de la realidad y del fenómeno disciplinar. Estas visiones del mundo proponen diferentes conceptualizaciones para los mismos elementos paradigmáticos de la disciplina, diferentes definiciones sobre la naturaleza de las relaciones de estos conceptos, y por lo tanto, diferentes maneras de instrumentar y medir los conceptos y sus relaciones. Los Modelos Conceptuales comprenden el tercer componente de la jerarquía del conocimiento. Son sinónimo de estructura conceptual, sistema conceptual, paradigma y matriz disciplinar. Son menos abstractos que el Metaparadigma, pero más complejos y generales que las Teorías.⁸ Se refieren a imágenes mentales acerca de los fenómenos de interés de una disciplina expresados mediante palabras o términos descriptivos; proporcionan características para objetos, personas y o acontecimientos. Orientan la práctica de enfermería proporcionándole con claridad la meta que ella persigue, su rol y sus actividades de cuidado.

Al revisar la literatura de enfermería relacionada con este tema, es posible documentar un soporte suficiente para la importancia que tienen los Modelos en el desarrollo de la disciplina y la práctica profesional, ya que proporcionan una base teórica y científica para sustentar el trabajo que se desempeña, los profesionales desarrollan su práctica con fundamento lo que se evidencia en una actividad reflexiva y autónoma, y circunscrita la identidad de la enfermería en el seno de la comunidad a quien presta sus servicios. Asimismo los Modelos Conceptuales favorecen el desarrollo de guías, investigación, docencia y gestión del cuidado de enfermería. En la administración promueven una estructura

sistemática de las situaciones relacionadas con el cuidado. En la investigación facilitan la organización del conocimiento y guían el problema a estudiar, la metodología e instrumentos a utilizar. En la docencia ofrecen los términos específicos para hacer más operativos los conceptos centrales de la disciplina y guiar el cuidado.

El cuarto componente de la estructura jerárquica lo constituyen las Teorías de Enfermería. Éstas son menos abstractas que los Modelos Conceptuales, pero más complejas que los Indicadores Empíricos. Simbolizan el conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan un punto de vista sistemático acerca de los fenómenos, indicando interacciones específicas entre los conceptos.

Después de haber recorrido la estructura jerárquica del conocimiento de enfermería, es lamentable tener que reconocer que en el momento actual, desafortunadamente practicantes e investigadores en enfermería continúan ignorando en gran parte la teoría de enfermería en su trabajo. Parte de la poca atención a la investigación para corroborar teoría se deriva de la formación de los investigadores, sin embargo otra parte se deriva de la falta de posibilidad de comprobación de las “grandes” teorías de enfermería.

Asimismo varios enfermeros (as) han sido miembros de un sistema educativo en el cual se ha mantenido una separación entre la teoría y la práctica y son parte de un sistema asistencial que los ratifica en esta posición. Por las razones mencionadas en el párrafo anterior, recientemente el trabajo en teorización se ha integrado más a la investigación y por ende a la práctica. Por ello quizá la tendencia a fortalecer las teorías de rango medio; éstas son desarrolladas de la investigación y de consideraciones reflexivas sobre la práctica y comprobadas por proyectos de investigación. Ellas representan el tipo más válido y útil de conocimiento disponible para la enfermería.

Las teorías de mediano rango fueron sugeridas inicialmente en la disciplina de sociología e introducidas en 1974 a enfermería. Ellas pueden servir para apoyar la búsqueda empírica. Se encuentran entre las grandes teorías remotas en ocasiones a alguna clase específica de comportamiento para responder a lo que es observado y microteorías con una descripción detallada de aspectos particulares que no pueden ser generalizados. El desarrollo de estas teorías de mediano rango abordará los problemas de los pacientes y los posibles resultados sin la asistencia de enfermería y los efectos de las intervenciones de enfermería en los resultados de los pacientes. Pero las teorías de mediano rango tienen una limitación: muchas no han surgido desde la enfermería sino de múltiples disciplinas.

Así algunas como el soporte social, la autoeficacia, la incertidumbre o el vínculo, son entidades independientes con historias propias y a pesar de que son útiles no se enlazan de manera natural con la disciplina práctica de enfermería. Esta reflexión sobre el desarrollo epistemológico de Enfermería, permite afirmar que su conocimiento ha evolucionado, pero la articulación teoría-práctica lo haría evolucionar de manera más consistente y le permitiría tener mayor utilidad y aplicabilidad. A pesar de que se reconoce la riqueza de múltiples perspectivas de enfermería, la complejidad y en muchos casos las recomendaciones conflictivas para la práctica, hacen difícil la tarea de aplicar el conocimiento. El desarrollo teórico empleando conceptos cercanos a la práctica como lo hacen las teorías de mediano rango, lo que podría facilitar la tarea de aplicar. La disciplina está conformada por la ciencia de enfermería que agrupa los conocimientos que guían la práctica y por los fundamentos profesionales, y los fundamentos históricos y filosóficos de la profesión y de la práctica misma. La enfermería como disciplina profesional tiene que ver con la existencia de un cuerpo propio de conocimiento de naturaleza aplicable que suministre las plataformas teóricas de la práctica, de manera tal que este conocimiento pueda ser comunicado, examinado y difundido.

El desarrollo teórico conceptual se dará siempre que sea el pensamiento el que guíe la acción y se tienda a una evolución que cualifique de manera continua el quehacer profesional. El conocimiento de enfermería es totalizante, incorpora en el acto de cuidar la ciencia y la filosofía. Se considera que la enfermería en su proceso para que sea reconocida como disciplina, ha tenido que mostrar que tiene un dominio propio, se expresa con un lenguaje y símbolos especializados, reconoce los valores y creencias, establece redes de comunicación y fortalece sistemas de educación que le son propios. Pero para que este proceso tenga sentido se requiere de la práctica, la cual hace referencia a todos los roles que desempeña un profesional de enfermería incluidos el asistencial, el docente, el gerencial, el investigador, el político y el de abogar por los pacientes y por la misma profesión. De acuerdo a lo anterior, a través de prestar un servicio la enfermería comunica y aplica su conocimiento y allí mismo lo prueba, lo amplía y lo renueva, es decir, la enfermería es una disciplina profesional. Sin embargo es necesario que se lleve a cabo un proceso en sentido contrario, es decir, que a la vez se dé sentido a la acción y se genere un desarrollo teórico adecuado y continuo que dirija y cualifique la práctica. (1)

1.2. Definiciones, roles, funciones, actividades, limitaciones y retos de la enfermera

Definición de enfermería

Área de salud pública dedicada a la atención de la población residente en una comunidad específica por un grupo profesional de enfermería que trabajará sobre las necesidades locales para implementar estrategias de promoción, prevención y cuidados de la salud que impacten de forma positiva a pacientes individuales, núcleos familiares y la comunidad en su conjunto.

Enfermería Comunitaria

El concepto de enfermería comunitaria es aquel que se aplica al tipo de enfermería dedicada al cuidado y a la prevención no sólo de la salud del individuo, sino también de la familia y, especialmente, de la

comunidad. La enfermería comunitaria es una importante rama de la ciencia ya que tiene que ver con el paso y el establecimiento de hábitos, conductas y cuidados que no sólo cuiden la salud de una persona de manera específica, sino que supongan el mantenimiento de un ambiente comunitario seguro y saludable para todos sus integrantes.

La enfermería comunitaria, tal como lo dice su nombre, se ocupa de las cuestiones relacionadas con la salud en el ámbito de la comunidad. Así, es mucho más abarcativa que la enfermería individual ya que supone beneficios para un grupo poblacional más amplio. Cuando hablamos de enfermería comunitaria entonces hacemos referencia al trabajo que los profesionales de la salud realizan para asegurarse que, por ejemplo, determinadas enfermedades y virus no se expandan en la comunidad, que la higiene de los ámbitos habitables sea mantenida, que la salud familiar dentro del espacio privado sea siempre asegurada, etc. En este sentido, podemos decir que la enfermería comunitaria tiene mucho de pedagogía ya que supone cierta enseñanza y transmisión de conocimiento a aquellas personas que forman parte de una determinada sociedad. Así, a diferencia de lo que puede pasar con otras formas de enfermería, la comunitaria trabaja de manera directa con la comunidad transmitiendo información, datos, campañas públicas, hábitos y costumbres que se deben tomar para obtener resultados más profundos y efectivos.

De este modo, al contribuir a la concientización sobre lo importante que el cuidado del ambiente, de la salud familiar, de la salud reproductiva, de los hábitos que hacen a la salud, la enfermería comunitaria se vuelve algo extremadamente necesario para que una sociedad o comunidad alcance los mejores niveles de salubridad y salud posibles.

(2)

Roles, funciones y actividades de enfermería

Las funciones o roles de enfermería son aquellas acciones que se pueden desempeñar en el área laboral gracias al método científico, la formación de enfermeros y enfermeras se basa en 4 funciones.

Estas funciones en conjunto logran un desempeño óptimo de los servicios de salud en el área de enfermería, además de que permiten al personal desenvolverse en el área que más les convenga.

Sin embargo en cualquier medio donde se desempeñe el trabajo de una enfermera se da la combinación de estos tipos de funciones:

- A. Asistenciales
- B. Docentes
- C. Administrativas
- D. Investigadoras

A continuación te explicamos cada una de ellas:

A. Función Asistencial de Enfermería

Es la que va encaminada a apoyar al individuo en la conservación de su salud y le ayuda a incrementar esa salud y se encarga de apoyar en la recuperación de los procesos patológicos.

Las actividades asistenciales se realizan en:

- En Atención Primaria
- En Atención Especializada
- En los Servicios de Urgencias
- En atención extra hospitalario/comunidad

Estas actividades son entre otras:

- Formar parte del equipo multidisciplinario e intersectorial que participa en el cuidado integral de las personas, las familias y las comunidades.
- Cuidar la salud del individuo en forma personalizada, integral y

continua, respetando sus valores, costumbres y creencias.

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

- Aplicar técnicas y procedimientos de la medicina alternativa en el ámbito de su competencia.
- Realizar acciones encaminadas a mantener la vigilancia en salud y control de enfermedades infecciosas a la población.
- Ejecutar acciones encaminadas al control del medio ambiente y al logro de un entorno saludable.
- Planificar y ejecutar acciones de enfermería en situaciones de emergencias y catástrofes.
- Fomentar la colaboración intersectorial y multidisciplinaria en la gestión de los cuidados de salud a la población.
- Detectar las necesidades educacionales y elaborar programas de educación para la salud, en la búsqueda del mejoramiento de la calidad de la vida.
- Capacitar a brigadistas sanitarias y grupos voluntarios para su participación en la promoción de salud.
- Cuidar la salud del individuo en forma personalizada, integral y continua, respetando sus valores, costumbres y creencias.
- Realizar el proceso de Atención de Enfermería, como método científico de la profesión.
- Registrar en la historia clínica toda la información disponible sobre los problemas identificados en individuos, familia y comunidad.
- Valorar la información recogida en la HC para realizar acciones de enfermería.
- Evaluar las respuestas del individuo, la familia o la comunidad al tratamiento y los cuidados de enfermería, registrarlos además en la HC.
- Ejecutar acciones de enfermería en situaciones de emergencias y catástrofes.
- Participar en los programas de vigilancia epidemiológica establecidos por el SNS.
- Formar parte del equipo interdisciplinario e intersectorial participando en el cuidado integral de las personas, familias y comunidades.

- Participar en la confección, análisis y discusión de la situación de salud de su población, detectando grupos vulnerables, factores de riesgo e implementando acciones tendentes a su disminución y/o eliminación. Ejecutar acciones que den solución a los problemas de salud, identificados en el Análisis de la Situación de Salud.
- Ejecutar acciones comprendidas en los programas de salud que den solución a los problemas de su comunidad.
- Ejecutar actividades de promoción y fomento de la salud a individuos, familia y comunidad.
- Capacitar al individuo y la familia para que asuma conductas responsables en el cuidado de su salud.
- Ejecutar actividades de prevención y protección de las enfermedades a los individuos, las familias y la comunidad.
- Ejecutar actividades de curación y cuidados paliativos al individuo.
- Ejecutar actividades de rehabilitación y reinserción social a individuos y familias
- Ejecutar técnicas y procedimientos de enfermería en el ámbito de su competencia.
- Realizar acciones encaminadas a mantener la vigilancia en salud y el control de las enfermedades infecciosas a la población.
- Aplicar técnicas y procedimientos de la medicina alternativa en el ámbito de su competencia.
- Ejecutar acciones encaminadas al control del medio ambiente y al logro de un entorno saludable.
- Fomentar la colaboración intersectorial y multidisciplinaria en la gestión de los cuidados de salud a la población.
- Capacitar a brigadistas sanitarias y grupos voluntarios para su participación en la promoción de salud.

B. Función Docente de Enfermería

La enfermería como ciencia tiene un cuerpo de conocimientos que le es propia y específica y que le crea la necesidad de trasmitirla. Por una

parte la formación de los futuros profesionales en los niveles de planificación, dirección, ejecución y control de la docencia. Por otra parte, como profesional sanitario que es y como parte de sus actividades de-seará intervenir en el proceso de educación para la salud.

Las actividades de esta función pueden comprender:

- Diseñar, planificar y participar en programas de educación permanente para el personal de enfermería y otros profesionales de la salud.
- Planificar, ejecutar y controlar el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación del personal de enfermería.
- Asesorar en materia de planificación educacional en el ámbito municipal, provincial, nacional e internacional.
- Desempeñar funciones directivas y docentes en carreras y escuelas universitarias y no universitarias nacionales e internacionales.
- Integrar los tribunales de otorgamiento y ratificación de categoría docente.
- Desempeñar funciones metodológicas en instituciones docentes nacionales e internacionales.
- Coordinar cursos, estancias, pasantías, diplomados y maestrías, tanto nacionales, como internacionales.
- Impartir docencia incidental en el puesto de trabajo.
- Participar en programas de educación continua para el personal de enfermería y otros profesionales de la salud.
- Participar en el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación del personal de enfermería.
- Impartir docencia incidental en el puesto de trabajo
- Desarrollar actividades formativas en los estudiantes ubicados en su servicio teniendo en cuenta la composición del Equipo de Trabajo de Enfermería.

C. Función Administrativa de Enfermería

La administración comienza siempre que una actividad se haga con más de una persona, y en el medio sanitario esto es muy frecuente. Por definición administrar es actuar conscientemente sobre un sistema social y cada uno de los subsistemas que lo integran, con la finalidad de alcanzar determinados resultados; es una actividad vinculadora que permite aprovechar la capacidad y esfuerzos de todos los integrantes de una organización dirigiéndolos racionalmente hacia el logro de unos objetivos comunes.

El propósito de la labor administrativa es lograr que el trabajo requerido sea efectuado con el menor gasto posible de tiempo, energía y dinero pero siempre compatible con una calidad de trabajo previamente acordada.

Son muchas las actividades administrativas que realiza enfermería desde los cargos directivos hasta la enfermera asistencial, desde las enfermeras docentes (en las Universidades) a aquellas que desempeñan su labor en centros de Salud Pública o Comunitaria.

Sus actividades comprenden:

- Planificar y controlar los cuidados de enfermería.
- Participar en el planeamiento de acciones multidisciplinarias e intersectoriales en los diferentes niveles de atención de salud.
- Asesorar en materia de planificación sanitaria en los ámbitos institucional, de servicio, municipal, provincial y nacional.
- Asesorar en materia de enfermería en los ámbitos institucional, de servicio,
 - municipal, provincial y nacional
- Administrar unidades y/o servicios de salud en los distintos niveles de atención.
- Dirigir el equipo de enfermería en unidades de atención comunitaria.
- Diseñar, implementar y participar en programas de evaluación

de la calidad de la actividad de enfermería y establecer estándares para su medición.

- Establecer políticas de atención, educación e investigación en enfermería.
- Velar por la organización de la estación de trabajo del personal de enfermería.
- Controlar y cumplir los principios de asepsia y antisepsia.
- Ejecutar y controlar el cumplimiento de los principios éticos y bioéticos.
- Desarrollar actividades administrativas en dependencia de la composición del Equipo de Trabajo de Enfermería.
- Participar y/o dirigir las reuniones del servicio de enfermería que sean programadas según la pirámide del
- Equipo de Trabajo de Enfermería.
- Participar en las técnicas administrativas y científicas de enfermería.
- Supervisar el área de desempeño de enfermería para mantener y mejorar los servicios.
- Participar en el planeamiento de acciones interdisciplinarias e intersectoriales en los diferentes niveles de atención de salud.
- Participar en la organización de la estación de trabajo del personal de enfermería.
- Participar y controlar el cumplimiento de los principios de asepsia y antisepsia.
- Cumplir los principios éticos y bioéticos.
- Participar en las técnicas administrativas y científicas de enfermería

D. Función Investigadora de Enfermería

En enfermería como en todas las demás profesiones la investigación es una actividad que se lleva a cabo con la finalidad de generar conocimiento. El conocimiento es la información que hemos adquirido sobre las cosas (la naturaleza) y sobre nosotros mismos. Dependiendo de cómo se realiza la investigación, el conocimiento puede ser científico,

intuitivo, de sentido común entre otros estableciendo los campos en que se considera que enfermería desee trabajar.

Entre sus características destacan que:

- Permite aprender nuevos aspectos de la profesión.
- Permite mejorar la práctica.

Algunos campos de investigación son:

- La comunidad sobre la cual se actúa
- El alumno a quien se enseña la materia docente en si misma
- Los procedimientos de enfermería y su efectividad
- Las pruebas de nuevas técnicas.

Sus actividades comprenden:

- Realizar y/o participar en investigaciones en enfermería y otras áreas con el objetivo de contribuir al desarrollo profesional y al mejoramiento de la salud de la población.
- Divulgar y aplicar los resultados de las investigaciones, a fin de contribuir a mejorar la atención de salud, la atención de enfermería y el desarrollo profesional.
- Coordinar, controlar y participar en la ejecución de ensayos clínicos en centros de investigación.
- Integrar los consejos científicos en los diferentes niveles del SNS.
- Participar en investigación en enfermería y otras áreas con el objetivo de contribuir al desarrollo profesional y mejoramiento de la salud de la población.
- Divulgar y aplicar los resultados de las investigaciones a fin de contribuir a mejorar la atención de salud, la atención de enfermería y el desarrollo profesional.
- Participar en la ejecución de ensayos clínicos en centros de investigación. (3)

Limitaciones y retos en enfermería

La sociedad actual protagoniza una era de cambios y transformaciones; nuevos paradigmas hacen parte de estos procesos donde la multiculturalidad, la integración y, así mismo, las migraciones y los desplazamientos de poblaciones, entre muchos otros fenómenos, han trascendido las fronteras.

Esta situación demanda de las ciencias sociales y, muy particularmente, de enfermería, una profunda reflexión sobre su aporte y el de otras disciplinas a la solución de las problemáticas actuales.

En este sentido, se hace necesario orientar los programas de formación de futuros profesionales, sus perfiles y áreas de desempeño, acordes con los actuales escenarios y contextos, enmarcados en un mundo globalizado y cambiante, reconociendo y valorando la cultura de los pueblos, sus raíces y su historia.

Estadísticas recientes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reportan que en América Latina hay más de cien millones de personas sin ningún servicio de salud; es decir, en condiciones de pobreza extrema. Entre ellos se cuentan menores de cinco años, mujeres, adultos mayores, grupos étnicos y raciales, para quienes la marginalidad con todos sus efectos adversos es el registro diario de su acontecer.

La respuesta a este panorama, que se da desde diferentes ámbitos, constituye una experiencia intercultural de carácter global. Una experiencia en la que las nuevas tecnologías resultan fundamentales y estratégicas para comprender e interactuar en este entorno y, por tanto, deben hacer parte de las competencias en la formación de nuevos profesionales.

En enfermería, al igual que en otras disciplinas, resulta imprescindible la apropiación de nuevas tecnologías que den soporte a los procesos

de formación, al igual que el énfasis que debe hacerse en una sólida formación científica y en el desarrollo de competencias que garanticen la calidad en el cuidado; esto es aspectos se deben enmarcar en los principios éticos y humanísticos propios de los paradigmas de la disciplina.

Por todo esto, se debe apoyar y promover la generación y difusión de nuevos conocimientos, derivados de los procesos de investigación. Para ello se requiere contar con alianzas estratégicas, redes de trabajo y cooperación que permitan compartir, ampliar y difundir este conocimiento, de manera que se beneficien amplios sectores de población, particularmente aquellos en situación de vulnerabilidad y de pobreza extrema.

Los resultados de investigación no pueden estar dissociados del quehacer propio de enfermería, es decir, de la práctica. El diálogo entre la práctica y la investigación retroalimenta los procesos de desarrollo disciplinar de forma continua, favoreciendo la generación de nuevo conocimiento y el mejoramiento de la calidad en el cuidado de enfermería. En este sentido, las publicaciones científicas juegan un papel destacado, toda vez que éstas son, entre otros, un medio de comunicación propio de la ciencia y de los científicos. Un proyecto en el que el acceso universal a la información es fundamental en la sociedad actual, caracterizada por la globalización y la transculturalidad.

1.3. Participación comunitaria para la promoción de la salud

Por comunidad se entiende un grupo humano residente en un área geográfica determinada, con valores, patrones culturales y problemas sociales comunes, y con conciencia de pertenencia, en la cual las personas interactúan más intensamente entre sí que en otro contexto similar.

La participación no es más que la integración de la comunidad al proceso administrativo y al financiamiento de un servicio de salud, sea este de atención primaria o de otro tipo. Esta integración implica que la comunidad participa en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles.

Si se observa una comunidad durante un tiempo prudencial, invariablemente se encuentra que la integración se produce por medio de cuatro instrumentos: Los promotores o agentes de salud, si se han extraído de la comunidad y forman parte de esta. Los comités de salud, o los organismos similares, dedicados a actividades específicas en el campo de la salud. Otras organizaciones comunitarias, del tipo de juntas comunales, comités de vecinos, cooperativas, etc., siempre y cuando organicen, realicen o colaboren regularmente en las actividades de salud. La comunidad colectivamente, por medio de acciones de salud, respaldadas por un número considerable de habitantes. La presencia o ausencia de este tipo de instrumentos suele reflejar el grado de desarrollo y experiencia de la comunidad, no solo en el campo de la salud sino también en otros campos.

La antropología y la sociología han puesto de manifiesto que el estado actual de una comunidad se relaciona con multitud de aspectos tales como las condiciones socioeconómicas, la experiencia cívica y política, la tradición y el nivel cultural, entre otros. Estos aspectos siempre están presentes y tienen efectos prácticos; por lo tanto, es necesario considerarlos cuando se describe una comunidad. No corresponde examinarlos ahora, sino identificar los factores manifiestos que inciden directamente sobre los instrumentos comunitarios.

De acuerdo con la experiencia y la documentación revisada, estos factores pueden reducirse a tres claves: organización, movilización, acción, y autonomía. Sobre estos tres factores reposa la intervención de

los instrumentos comunitarios. La organización representa la agrupación sistemática de un conjunto de individuos que tiene una estructura, unas normas y unos propósitos definidos. La organización es inestable cuando está sujeta a cambios frecuentes en su composición, estructura y funcionamiento. Es estable cuando perdura por un tiempo definido y se adapta de manera flexible a las condiciones cambiantes. La organización está consolidada cuando ha arraigado como parte indispensable de la estructura comunitaria y no se ve afectada, durante un largo tiempo, cuando ocurren cambios en su composición o dirección. La movilización o acción es la disposición de las fuerzas de la comunidad para operar y lograr un objetivo concreto e inmediato.

Por lo general se da en la forma de ejecución de tareas de salud, las cuales involucran a los promotores de salud, a diversos organismos y a la comunidad, en términos colectivos. La autonomía implica la capacidad de los instrumentos comunitarios para proponer y alcanzar un objetivo, por su propia voluntad y con sus propias fuerzas, ya sea con apoyo del exterior o sin él.

Es obvio que estos tres factores pueden presentarse en forma combinada en una comunidad determinada, pero cada uno de ellos con distinta intensidad. De allí que para comparar estos factores en diferentes comunidades se hayan establecido unos valores de ponderación para las combinaciones lógicas y más frecuentes. Pueden encontrarse servicios de salud o programas cuya combinación de organización, acción y autonomía no encaje en alguna de las combinaciones que se presentan en este cuadro, y en tal eventualidad se utilizarán dos de los tres factores para asignar el valor de ponderación. (4)

1ª Edición

Enfermería en **Salud Familiar y Comunitaria**

CAPÍTULO II

BASES PARA EL CUIDADO
FAMILIAR E INTERCULTURAL



2.1. La familia como unidad de atención

La aparición de enfermedades no está determinada solo por factores genéticos. Los patrones de conducta familiares, sociales y ambientales son contribuyentes importantes que aumentarán o disminuirán la vulnerabilidad del individuo a padecerlas. La alta prevalencia de problemas como los accidentes, adicciones, Hipertensión Arterial, Diabetes, obesidad etc., están determinados principalmente por los estilos de vidas, las pautas y creencias, que se generan en el seno familiar.

Muchas son las investigaciones que han demostrado la influencia de la familia en el proceso de salud y enfermedad de sus integrantes, como por ejemplo la repercusión del estrés y el escaso apoyo familiar sobre el índice de mortalidad, la influencia de la familia sobre los factores de riesgo cardiovascular y la prevención de enfermedades coronarias y la repercusión del funcionamiento familiar sobre el curso de los problemas crónicos etc).

La medicina familiar, toma como unidad de atención y de estudio a la familia; para ello integra en sus prácticas y a su cuerpo de conceptual, contenidos de otras disciplinas como la antropología, la sociología y sicología, a fin de brindar una atención integral y continua a la familia en todas sus etapas, valiéndose de los recursos comunitarios y los de la propia familia.

Las siguientes son premisas que fundamentan la atención familiar.

- A. “La familia es la fuente principal de creencias y pautas de comportamiento relacionadas con la salud”: En seno de la familia se transmiten pautas, costumbres y hábitos de vida que determinan la concepción de salud y enfermedad en sus integrantes. El conocimiento de estas concepciones y el involucramiento de los integrantes facilitan los cambios de conductas y formas de vida.
- B. “La tensión que sufre la familia en las etapas de transición del ciclo vital puede manifestarse a través de síntomas de sus miembros”: el paso de una etapa a otra del ciclo vital es definida por

numerosos autores como un momento de gran crisis, entendiéndose como tal, una situación de cambio. En cada etapa se presentan problemas comunes a las familias en un mismo contexto cultural, a los cuales deberán “adaptarse” a fin de poder enfrentar las situaciones de mayor complejidad que se presentarán en la etapa subsiguiente. La falta de adaptación puede manifestarse a través de diversos síntomas en sus integrantes.

- C. “Los síntomas somáticos pueden cumplir una función de adaptación en el interior de la familia y ser mantenidos por los patrones de conducta familiar”: Los síntomas, en ocasiones son un barómetro de la tensión familiar, pudiendo funcionar como un problema o una solución al sistema. Por ejemplo, un bajo rendimiento escolar en niños relacionados situaciones de estrés familiar, como problemas relacionales entre los padres, puede favorecer una situación de encuentro de la pareja o aumentar y profundizar la crisis.
- D. La familia es un recurso valioso y una fuente de apoyo para el adecuado tratamiento de la enfermedad: la contención y el acompañamiento de la familia en los problemas de salud, especialmente los crónicos y degenerativos han demostrado mejorar los resultados y la calidad de vida; en contraposición, la falta de este recurso se asocia a peores indicadores de salud, como así lo demuestra el aumento de la morbilidad y mortalidad en personas sin familia. (5)

2.2. Definiciones de familia, tipos y etapas del ciclo familiar

Definición

La familia es un grupo de personas relacionadas por la herencia, como padres, hijos y sus descendientes se da también por el vínculo y las relaciones de parentesco, así como los roles que se desempeñan. El término a veces se amplía, abarcando a las personas emparentadas por el matrimonio o a las que viven en el mismo hogar, unidas afectivamente, que se relacionan con regularidad y que comparten los aspectos

tos relacionados con el crecimiento y el desarrollo de la familia y de sus miembros individuales.

Tipos

1. Familia extensa. Está constituida por más de dos generaciones en el hogar de los abuelos.
2. Familia nuclear íntegra. Son matrimonios casados en primeras nupcias y con hijos biológicos.
3. Familia nuclear ampliada. Familias en que se incluye a otras personas, que pueden tener algún tipo de vínculo consanguíneo (madre, tíos, sobrinos) no tener vínculo de consanguinidad alguno, como es en el caso de las empleadas domésticas, o alguna persona que esté de visita en casa. Pero son importantes, ya que pueden ser causa de conflictos o problemas familiares o, en algunas ocasiones, de apoyo positivo o recurso familiar.
4. Familia monoparental. Es aquella en que un solo cónyuge esta con la responsabilidad total de la crianza y convivencia de los hijos.
5. Familia reconstituida. Es una familia en la que dos personas deciden tener una relación formal de pareja y forman una nueva familia, pero como requisito al menos uno de ellos incorpora un hijo de una relación anterior. (6)

Etapas del ciclo familiar

Las etapas emocionales e intelectuales que usted atraviesa como miembro de una familia desde la infancia hasta los años de jubilación se llaman ciclo de vida familiar. En cada etapa, usted se enfrenta a retos de la vida familiar que le permiten desarrollar o adquirir nuevas habilidades. La adquisición de estas habilidades le ayuda a lidiar con los cambios que casi todas las familias atraviesan.

No todas las personas atraviesan estas etapas sin contratiempos. Hay situaciones, como enfermedades graves, problemas financieros o la muerte de un ser querido, que pueden tener un efecto en cómo de bien

atraviase estas etapas. Afortunadamente, si omite habilidades en una etapa, puede aprenderlas en etapas posteriores.

Las etapas del ciclo de vida familiar son:

Independencia

La independencia es la etapa más importante del ciclo de vida familiar. Al ingresar en la edad como joven adulto, usted comienza a separarse emocionalmente de su familia. Durante esta etapa, se esfuerza por llegar a ser totalmente capaz de mantenerse a sí mismo desde el punto de vista emocional, físico, social y financiero. Comienza a desarrollar cualidades y características únicas que definen su identidad individual. La intimidad es una habilidad vital para desarrollar durante sus años como adulto joven e independiente. La intimidad es la capacidad de desarrollar y mantener relaciones estrechas que pueden sobrevivir las malas épocas y otras dificultades. En una relación íntima, usted aprende acerca de:

- El compromiso.
- Los aspectos comunes o similares.
- La compatibilidad.
- El apego.
- La confianza en otra persona que no pertenece a su familia.
- La emoción compartida de una relación.

También aprende quién es usted fuera de su identidad en su familia. Su capacidad para desarrollar una relación íntima depende de cuánto éxito haya tenido al desarrollar su identidad individual en una etapa anterior de la vida.

Explorar los intereses y las metas de carrera profesional es parte del desarrollo de la independencia. Para vivir con éxito lejos de su familia, usted debe desarrollar independencia financiera y emocional.

En esta etapa, también comenzará a ser responsable de su propia salud. Usted se vuelve responsable de sus necesidades nutricionales, físicas y médicas. El desarrollo de hábitos saludables en este período, como una buena nutrición, el ejercicio regular y las prácticas de relaciones sexuales más seguras, es importante para la buena salud y la felicidad de por vida.

Usted aprende nuevos aspectos de la independencia durante toda su vida. Incluso si usted ha avanzado a otra etapa de vida, como la vida de pareja, continúa aprendiendo acerca de la independencia en el contexto de esa etapa.

Durante la etapa de independencia, usted espera:

- Aprender a verse a usted mismo como una persona individual en relación con su familia original (padres, hermanos y miembros de la familia extendida).
- Desarrollar relaciones íntimas con compañeros fuera de la familia.
- Establecerse en su trabajo o carrera profesional.

Entre otras cualidades importantes que usted desarrolla durante esta etapa, se incluyen:

- La confianza.
- El sentido moral.
- La iniciativa.
- La ética laboral.
- La identidad o quién es usted en relación con el mundo.

La vida de pareja o el matrimonio

La próxima etapa en el ciclo de vida familiar puede ser la vida de pareja. Usando cualidades como la confianza que usted adquirió en la etapa de independencia, usted puede explorar su capacidad de comprometerse con una nueva familia y un nuevo modo de vida. Aunque tener una relación íntima con una persona implica un proceso

de adaptación y construcción de la relación, el matrimonio o una unión comprometida a menudo requieren habilidades particulares.

Cuando usted vincula familias a través del matrimonio o una unión comprometida, forma un nuevo sistema familiar. Su sistema familiar incluye sus ideas, expectativas y valores personales. Estos son determinados por las relaciones y las experiencias que tuvo con su familia original. Cuando usted se casa o se une en pareja, combina su sistema familiar con el de su cónyuge o pareja. Esto requiere adaptar sus metas y las metas de su pareja. En las relaciones más funcionales, las parejas tienen la capacidad de tomar dos puntos de vista diferentes y crear una opción que ninguna de las dos personas había considerado antes. Esto se diferencia del hacer concesiones en el sentido de que no implica renunciar a nada. En su lugar, consiste en crear una tercera y mejor opción.

Es posible que descubra que algunas de las ideas o expectativas que tenía en el pasado no sean realistas en esta etapa. Algunas áreas comunes de adaptación incluyen:

- Las finanzas.
- El estilo de vida.
- Las actividades recreativas o los pasatiempos.
- Las relaciones con los parientes políticos.
- La sexualidad o la compatibilidad sexual.
- Las amistades.
- Colocar las necesidades de otra persona antes de las suyas.

La meta final en esta etapa es lograr la interdependencia. Esto sucede cuando usted es capaz de sumergirse por completo en una relación de pareja con otra persona. La interdependencia también requiere que usted comparta metas y que sea a veces capaz de colocar las necesidades de otra persona por encima de las suyas. Pero antes de que usted pueda lograr la interdependencia, debe tener primero un alto nivel de independencia.

Las habilidades para las relaciones que usted aprende en la vida de pareja sirven de base para otras relaciones, como las que se establecen entre un padre/madre y su hijo, un maestro y su alumno o un médico y su paciente.

Dentro de una pareja, usted aprende:

- Comunicación interpersonal avanzada.
- Habilidades de resolución de problemas.
- Metas comunes de desarrollo espiritual y emocional.
- Cómo crear límites en las relaciones.
- Cuándo colocar las necesidades de otra persona por encima de la suya o darle a aquella más importancia que a la suya.

La mayoría de las investigaciones demuestran que, al principio, un matrimonio feliz está lleno de pasión e intimidad sexual, aspectos que pueden perder importancia en las etapas posteriores de un matrimonio exitoso. En esta etapa, un matrimonio satisfactorio incluye una alta cantidad de actos de consideración o de gentileza (como hacer algo agradable para la otra persona sin que se lo pidan) y elogios.

Las habilidades para la vida que usted aprende en esta etapa son importantes para el desarrollo de una verdadera interdependencia y la capacidad de tener una relación de pareja sana y de colaboración.

Algunas de las dificultades de esta etapa incluyen:

- Realizar la transición al nuevo sistema familiar.
- Incluir a su cónyuge o pareja en sus relaciones con amigos y familiares.
- Haber asumido el compromiso de hacer que su matrimonio funcione.
- Colocar las necesidades de otra persona por encima de las suyas.

Usted y su pareja tendrán menos estrés si la transición al nuevo sistema familiar se realiza sin obstáculos. Menos estrés a menudo significa mejor salud.

Sus metas específicas para esta etapa del ciclo de vida familiar son:

- Formar una nueva familia con su pareja.
- Realignar sus relaciones con su familia de origen y sus amigos para incluir ahora a su cónyuge.

La crianza de los hijos: desde los bebés hasta los adolescentes

Tomar la decisión de tener un bebé

En algún punto de su relación, usted y su pareja decidirán si quieren tener un bebé. Algunas parejas que inician una relación saben que no quieren tener hijos. La crianza de los hijos es una de las etapas más difíciles del ciclo de vida familiar.

La decisión de tener hijos afecta su desarrollo individual, la identidad de su familia y su relación de pareja. Los hijos requieren tanto tiempo que será difícil adquirir en esta etapa las habilidades que no se aprendieron en las etapas previas. A menudo, su capacidad para comunicarse bien, mantener sus relaciones y resolver problemas se ve puesta a prueba durante esta etapa.

Incorporar a un hijo en su familia provoca un cambio importante en las funciones para usted y su pareja. Cada padre tiene tres funciones distintas y exigentes: como persona, como pareja y como padre. Como nuevos padres, sus identidades individuales cambian en función de cómo se relacionan entre sí y con otras personas. Las habilidades que usted aprendió en las etapas de independencia y de vida de pareja, como el hacer concesiones o el compromiso, le ayudarán a progresar a la etapa de la crianza de los hijos.

Junto con la alegría que causa tener un hijo, es posible que usted sienta mucho estrés y miedo acerca de estos cambios. A una mujer podría

inquietarle quedar embarazada y pasar por el parto. Los hombres que van a ser padres tienden a guardarse los miedos y el estrés para sí. Esto puede causar problemas de salud.

Hablar acerca de sus inquietudes emocionales o físicas con su médico familiar, obstetra o consejero puede ayudarle a manejar estas dificultades y las dificultades que aparezcan en el futuro.

La crianza de hijos pequeños

Adaptar a los niños a otras relaciones es un proceso emocional clave de esta etapa. Asumirá la función de criar a sus hijos y hará la transición entre ser el miembro de una pareja a convertirse en padre. Mientras todavía evolucionan como personas, usted y su pareja también se convierten en las personas encargadas de tomar las decisiones en su familia. Continuar expresando su individualidad mientras funcionan bien juntos como pareja da como resultado un matrimonio afianzado.

El desarrollo saludable de su hijo depende de la capacidad que tiene usted de brindar un entorno seguro, afectuoso y organizado. Los hijos se benefician cuando sus padres tienen una relación sólida.

El cuidado de los hijos pequeños reduce la cantidad de tiempo que usted podría de otro modo pasar a solas o con su pareja. Si usted no desarrolló completamente algunas de las habilidades en etapas previas, como hacer concesiones para el bien de la familia, su relación de pareja puede ser tensa. Por ejemplo, es más probable que haya divorcio o relaciones extramatrimoniales durante los años de crianza de hijos pequeños si los padres no han desarrollado habilidades sólidas durante las etapas de vida anteriores.

Sin embargo, para las personas que tienen las herramientas adecuadas, esta puede ser una época muy gratificante y feliz, incluso con todas sus dificultades. En condiciones óptimas, usted se desarrolla como persona, como miembro de una pareja y como miembro de una familia.

Las metas específicas cuando se incorporan hijos pequeños en su familia son:

- Adaptar su sistema conyugal para hacer lugar a los hijos.
- Asumir funciones de padre.
- Realignar sus relaciones con su familia extendida para incluir la función de padre y abuelo.

La crianza de los hijos adolescentes

Criar adolescentes puede ser difícil para su familia y puede poner a prueba sus habilidades para las relaciones. También es una época de crecimiento positivo y exploración creativa para toda su familia. Las familias que mejor funcionan durante este período tienen relaciones sólidas y flexibles, desarrolladas a través de la buena comunicación, la resolución de problemas, el cuidado mutuo, el apoyo y la confianza. La mayoría de los adolescentes experimentan con distintos pensamientos, creencias y estilos. Eso puede causar conflictos familiares. Sus fortalezas como persona y como parte de una pareja resultan fundamentales cuando maneja las crecientes dificultades de criar a un adolescente. Esfuércese por lograr una atmósfera equilibrada en la cual su hijo adolescente tenga una sensación de apoyo y seguridad emocional, así como oportunidades para probar nuevas conductas. Una habilidad importante en esta etapa es la flexibilidad cuando alienta a su hijo a volverse independiente y creativo. Fije límites a su hijo adolescente, pero aliente la exploración al mismo tiempo. Es posible que los adolescentes se cuestionen a sí mismos en muchas áreas, incluidas su orientación sexual y la identidad de género.

Gracias a lo que usted aprendió cuando desarrolló su identidad en las etapas anteriores de la vida, puede sentirse más preparado y más seguro acerca de los cambios que su hijo está atravesando. Pero si usted no trabajó para adquirir estas habilidades en las etapas anteriores de la vida, es posible que se sienta amenazado por los nuevos desarrollos de su hijo.

La flexibilidad en las funciones que desempeña cada persona en el sistema familiar es una habilidad valiosa por desarrollar en esta etapa. Es posible que haya responsabilidades, como las exigencias de un empleo o el cuidado de una persona enferma, que requieran que cada persona de la familia asuma funciones diferentes y, a veces, cambiantes.

Esta es una época en la cual uno o más familiares podrían sentir cierto grado de depresión u otro tipo de sufrimiento. También podría provocar molestias físicas que no tengan una causa física (trastornos de somatización, como malestares estomacales y algunos dolores de cabeza) junto con otros trastornos relacionados con el estrés.

A veces puede suceder que en esta etapa usted se olvide de alimentar su relación de pareja y su crecimiento individual. Hacia el final de esta etapa, la atención del padre se desplaza del adolescente que está madurando a la carrera profesional y la relación de pareja. Descuidar su desarrollo personal y su relación de pareja puede hacer que este desplazamiento sea difícil.

También es posible que usted comience a pensar acerca de su función en relación con el cuidado de padres que envejecen. En esta etapa, resulta útil convertir su propia salud en una prioridad a medida que ingresa en la próxima etapa del ciclo de vida familiar.

Las metas específicas durante la etapa de ser padre de adolescentes incluyen:

- Ajustar las relaciones entre padre-hijo para permitir que este ingrese y egrese del sistema familiar.
- Desplazar la atención nuevamente hacia su relación de pareja en la mediana edad y las cuestiones relacionadas con la carrera profesional.
- Comenzar a desplazar la atención y la preocupación hacia las generaciones de mayor edad de su familia extendida.

La separación de los hijos adultos

La etapa de separarse de los hijos adultos comienza cuando su primer hijo deja el hogar y termina con el “nido vacío”. Cuando los hijos mayores dejan el hogar, hay consecuencias tanto positivas como negativas. Si su familia ha desarrollado habilidades significativas durante el ciclo de vida familiar, sus hijos estarán listos para dejar el hogar, listos para manejar los desafíos de la vida. Una vez libre de las exigencias diarias de la crianza de los hijos, es posible que usted elija reavivar su propia relación de pareja y, posiblemente, sus metas profesionales.

El desarrollo de relaciones adultas con sus hijos es clave en esta etapa. Es posible que usted deba enfrentar el desafío de aceptar en su familia a nuevos miembros a través de las relaciones de pareja de sus hijos. Podría concentrarse en fijar nuevas prioridades en su vida, perdonar a quienes le hubieran causado daño (quizá mucho tiempo atrás) y evaluar sus creencias acerca de la vida.

Si usted tuvo dificultad en las etapas de la vida anteriores, es posible que sus hijos no hayan aprendido de usted todas las habilidades que necesitan para vivir bien por sí solos. Si usted y su pareja no han hecho juntos la transición, es posible que ya no sientan que son compatibles entre sí. Pero recuerde que todavía puede adquirir las habilidades que podría no haber aprendido. La introspección, la educación y la asesoría psicológica pueden mejorar su vida y ayudarle a asegurar una transición saludable hacia la siguiente etapa.

Esta es la época en que es posible que disminuyan su salud y sus niveles de energía. A algunas personas se les diagnostican enfermedades crónicas. Los síntomas de estas enfermedades pueden limitar las actividades normales e incluso los pasatiempos de los que disfruta hace mucho tiempo. Es posible que comiencen a aparecer problemas de salud relacionados con la edad mediana. Estos pueden incluir:

- Presión arterial alta (hipertensión).
- Problemas de peso.

- Artritis.
- Menopausia.
- Osteoporosis.
- Enfermedad cardíaca (enfermedad de las arterias coronarias).
- Depresión.
- Enfermedades relacionadas con el estrés.

En esta etapa, también es posible que tenga que cuidar de sus padres que envejecen. Esto podría ser estresante y afectar su propia salud.

Las metas específicas por alcanzar en esta etapa incluyen:

- Volver a concentrarse en su relación de pareja sin los hijos.
- Desarrollar relaciones adultas con sus hijos ya crecidos.
- Realignar las relaciones para incluir a los parientes políticos y a los nietos cuando sus hijos comiencen sus propias familias.

La jubilación o la tercera edad

Durante la etapa de jubilado del ciclo de vida familiar, pueden suceder muchos cambios en su vida. Aceptar nuevos miembros en la familia o ver cómo otros la abandonan a menudo representa una parte considerable de esta etapa, a medida que sus hijos se casan o se divorcian, o que usted se convierte en abuelo.

Esta etapa puede ser una gran aventura: usted está libre de las responsabilidades de criar a sus hijos y puede simplemente disfrutar de los frutos del trabajo de toda su vida. Las dificultades a las que usted podría enfrentarse incluyen ser un apoyo para otros familiares, incluso mientras usted explora todavía sus propios intereses y actividades o se concentra en mantener su relación de pareja. En esta etapa, muchas personas están cuidando a padres mayores. Es posible que se vea enfrentado a la dificultad de cubrir sus necesidades emocionales, financieras y físicas mientras intenta ayudarles a mantener su independencia.

Es posible que disminuyan sus capacidades físicas y mentales o que sucedan cambios en su estado financiero o social. A veces debe manejar la muerte de otros familiares, incluida su pareja. Su calidad de vida en parte depende de lo bien que se haya adaptado a los cambios en etapas anteriores. A menudo, también depende de cuán bien haya cuidado su propia salud hasta este punto. El envejecimiento normal le afectará el cuerpo y provocará arrugas, dolor y la pérdida de densidad ósea. Las probabilidades de tener una enfermedad mental o física crónica aumentan con la edad. Pero envejecer no implica que automáticamente experimentará el deterioro de la salud.

La jubilación puede ser una época gratificante y feliz. Convertirse en abuelo puede causarle gran alegría sin la responsabilidad de criar a un hijo. Sin embargo, las personas que no tienen sistemas de apoyo adecuados o que no se encuentran en una buena situación financiera pueden tener más dificultades en esta etapa de la vida.

Las metas específicas por alcanzar en esta última etapa de su ciclo de vida familiar incluyen:

- Mantener sus propios intereses y funcionamiento físico, junto con los de su pareja, a medida que el cuerpo envejece.
- Explorar nuevas funciones familiares y sociales.
- Brindar apoyo emocional a sus hijos adultos y los miembros de la familia extendida.
- Hacer lugar en el sistema familiar a la sabiduría y la experiencia de los adultos mayores.
- Brindar apoyo a la generación mayor sin hacer demasiadas cosas para ellos.
- Manejar la pérdida de la pareja, los hermanos y otros compañeros y prepararse para la propia muerte.
- Revisar su vida y reflexionar sobre todo lo que ha aprendido y experimentado durante su ciclo de vida. (7)

2.3. Funciones, tensiones y crisis familiares

Funciones

Función reproductora.- Entre las funciones más cotidianas que le corresponde cumplir a la familia están la reproducción cotidiana y la reproducción generacional de los miembros de la familia. La primera se refiere a los procesos (alimentación, salud, descanso, etc.), por los cuales todos los individuos reponen diariamente su existencia y capacidad de trabajo. La reproducción generacional incluye procesos tales como nacimiento, socialización y educación, mediante los cuales las sociedades reponen a su población. Con esta función queda en evidencia la naturaleza cíclica de la institución que enfatiza su papel central en el reemplazo generacional.

Función materna.- Son las conductas nutricias, que garantizan la sobrevivencia biológica del crío, en la que está implícita un clima de afecto corporal aceptado para desarrollar la confianza básica.

Función paterna.- Referida a la formación de valores, condiciones para que los hijos asuman un rol de ser amados y valorados y a través del cual se conecten con la realidad, canalizando su accionar hacia la construcción y el altruismo.

Función filial.- Conecta a la familia con el futuro. Cuestiona lo establecido. Nace el desprendimiento, y el nuevo núcleo. (8)

Crisis familiares

Crisis circunstanciales: son momentos de gran tensión que se producen a causa de circunstancias ajenas a la familia y que no tienen nada que ver con la etapa de desarrollo de ninguno de sus miembros. La muerte de un ser querido, catástrofes que afecten a la pérdida del hogar (un gran incendio, un desahucio, paro prolongado...), conflictos armados o cualquier otro tipo de ataque, etc.

Crisis de desarrollo: son las más previsibles y universales de todas las crisis familiares. Son momentos en los que se producen cambios de tipo biológico o social en el seno de la familia, por ejemplo, el nacimiento de un hijo. Cada etapa de desarrollo conlleva algún tipo de crisis y, pese a que la respuesta natural suele ser demorar el cambio (o incluso castigarlo y evitarlo), la familia tiene la obligación de adaptarse a las nuevas capacidades funcionales o emocionales del miembro que se encuentre en la nueva etapa de desarrollo. Habitualmente los problemas surgen cuando una parte de la familia trata de impedir la crisis en lugar de definirla y adaptarse o de agilizar y maximizar los cambios. Continuando en la línea de F. Pittman, “la regla cardinal de las crisis de desarrollo es que no se las puede detener ni producir prematuramente; sólo se las puede comprender y, así, apaciguar y coordinarlas con todas las otras fuerzas que operan en la familia”.

Crisis estructurales: son las más complejas porque afectan profundamente a la estructura de la familia, a su raíz. El germen de estas crisis es una condición disfuncional (alguna adicción, infidelidad, divorcio, violencia, etc) sobre la que los miembros de la familia construyen sus relaciones, acostumbándose a padecerla y exacerbándola periódicamente. Esa tensión permanente y habitualmente oculta es la que produce el conflicto y la que provoca su exacerbación recurrente, como las capas más internas de la tierra provocan terremotos cada cierto tiempo. A estas tensiones ya existentes, se suma otra de las características de este tipo de crisis, la resistencia al cambio; pese a ser una de las crisis en la que todos los miembros se ven afectados, siendo los menores los más sensibles a ellas, existe una fuerte tendencia a mantener la situación.

Crisis de desvalimiento: están generadas por aquellas situaciones en las que la familia cuenta con un miembro dependiente que requiere un alto nivel de atención y cuidados. Los niños, ancianos, enfermos crónicos o los discapacitados son algunos ejemplos de miembros funcionalmente dependientes que mantienen atados a los otros miembros,

que pueden experimentar sentimientos de atrapamiento, agobio y estrés.

Resolución de la crisis

Como decíamos al inicio, las crisis son procesos temporales y de transición entre la etapa del conflicto y el equilibrio. Normalmente los miembros de la familia suelen poner en marcha sus propios recursos cognitivos y afectivos para evitarla o resolverla, aunque es cierto que dependiendo del tipo de crisis, ésta puede requerir la presencia de un mediador (médico especialista, trabajador social, juez, etc). Hay algunos elementos condicionantes que son importantes para resolver las crisis adecuadamente:

Percepción de la realidad: afrontar las circunstancias y los sentimientos de forma realista es clave en la resolución, se trata del primer paso para poner en marcha los propios recursos personales de resolución.

Buscar y encontrar apoyo: uno de los recursos más importantes es acudir al entorno en busca de ayuda, desde familiares, amistades, servicios sociales, sanitarios, etc. Por supuesto es conveniente que este entorno proporcione la ayuda. Conviene señalar, que el simple hecho de intentar buscar ayuda suele ser un indicador del estado de equilibrio, además significa que la persona ha sido capaz de mantener un círculo social favorable.

Poner en marcha las propias capacidades: tener una visión realista de la situación y disponer de apoyo no sirve de nada si la persona afectada no pone en acción sus propias capacidades para responder con eficacia a la situación estresante. En este sentido será importante afrontar el problema y mantener una actitud positiva para procurar su superación.

A partir de ahí, entran en juego otros factores como una actitud comunicativa eficaz, respetando las emociones y sentimientos propios

.....

y de los demás, exponiendo los motivos asertivamente, siendo capaz de escuchar empáticamente y trabajando conjunta e intencionadamente para construir unos vínculos fuertes y sanos. (9)

2.4. Herramientas del proceso enfermero: visita domiciliaria, familiograma/genograma, ficha familiar, apgar familiar

Visita domiciliaria

Es una consulta de enfermería realizada en el domicilio del paciente. Además de recoger todos los datos descritos para una consulta de enfermería, se debe hacer una valoración sobre el tipo de vivienda, recursos, persona cuidadora, accesibilidad, etc. La visita domiciliaria puede ser a demanda de la población (visita a demanda) con el fin de solucionar un problema puntual, o programada por el profesional de enfermería para realizar todas las actividades de enfermería de los programas de salud puestos en marcha en el Centro de Salud.

La atención domiciliaria es personalizada y aplicada en especial a pacientes inmovilizados, terminales y en tratamientos que requieran especial supervisión.

La visita domiciliaria es el conjunto de actividades de carácter social y sanitario que se presta en el domicilio a las personas. Esta atención permite detectar, valorar, apoyar y controlar los problemas de salud del individuo y la familia, potenciando la autonomía y mejorando la calidad de vida de las personas.

Esta definición abarca múltiples aspectos que van más allá de la atención de personas enfermas, puesto que engloba tanto la salud como la enfermedad durante todo el ciclo vital del individuo, por lo que la visita domiciliaria constituye el instrumento ideal para conocer este medio en el que vive la familia, y que influyen en la salud de quienes habitan en la vivienda, ya que es en el domicilio, el lugar donde el hombre se alimenta, descansa, ocupa el tiempo de ocio y se relaciona con su núcleo primario.

Familiograma/Genograma

El familiograma, es una representación gráfica de la estructura familiar. La estructura de la familia no es un fenómeno estático, sino un proceso dinámico que cambia continuamente con relación a las etapas del ciclo de vida familiar y los acontecimientos vitales que ocurren en el seno familiar. Es de gran importancia porque permite estudiar los antecedentes familiares, clínicos, patológicos, biológicos y sociales que pudieran originar problemas en algún miembro de la familia, así como permite obtener información de sus miembros a lo largo de varias generaciones.

El familiograma como representación gráfica, requiere de una simbología que esquematice en forma general la estructura y dinámica de sus integrantes, de manera que permita conocer la situación de cada uno de ellos. En este sentido, las figuras y líneas representan personas y sus relaciones.

El familiograma ayuda a organizar la información de la familia, las características de sus miembros, entender los patrones multigeneracional del sistema familiar, conocer las relaciones existentes entre cada uno de los miembros y recoger datos que orientan a los miembros del equipo de salud, sobre la conducta a seguir con relación a cada uno de los miembros que componen el sistema, influir en la modificación de la dinámica y en la solución de la problemática.

Con una mirada rápida al familiograma, se puede estimar la composición de la familia y determinar si es una familia nuclear, extensa o extensa compuesta; el número y la edad de cada uno de los miembros, tanto de los integrantes como de los que han fallecido; sus interrelaciones (separaciones, lazos afectivos, de conflictividad, rechazos, etc.), así como las situaciones de enfermedad.

La base del familiograma se sustenta en el estudio de la genealogía, la cual utilizando el genograma, registra símbolos convencionales que se

interpretan como equivalentes de ascendientes, descendientes, línea de consanguíneos y líneas entre cónyuges. El familiograma también es conocido como Genograma, Familiograma, Pedigree o árbol familiar.

Para la elaboración del familiograma se requiere de varias entrevistas, obteniéndose la información inicial del primer miembro de la familia que es atendido, bien sea en la consulta del centro asistencial o en el hogar durante la visita domiciliaria.

El familiograma consta de varias partes:

Cara anterior del instrumento: está relacionada con la identificación institucional (nombre del establecimiento, sector, consultorio, fecha, numero de Carpeta Familiar, numero de Historia Clínica, código, apellidos y nombre de la familia y responsable), y con el diagrama.

El diagrama, que es la información representada en símbolos, incluye tres o más generaciones y los nombres de los integrantes, la edad o fecha de nacimiento de los miembros de la familia, los problemas de la familia y la demarcación de los miembros que viven bajo el mismo techo.

Los símbolos se unen de acuerdo al estado civil y tipo de unión que presentan, por ejemplo:

- Matrimonio _____
- Concubinato.....
- Unión libre.....
- Divorcio - - - - -
- Separación _____ / _____

Las generaciones están representadas en tres secciones. La primera corresponde a la generación de los abuelos, la segunda a la de los padres y la tercera a la de los hijos. Los datos de la primera generación corresponden a los abuelos paternos y maternos de la familia en estudio.

Las generaciones deben señalarse mediante el uso de números romanos y cada una de ellas ocupa una sola línea horizontal, por ejemplo:
Generaciones: ABUELOS, PADRES, HIJOS

Las líneas descendentes son las líneas familiares. La línea paterna se registra en el lado izquierdo del formato y la línea materna se registra en el lado derecho

La disposición por edad y género se inician con la primera generación. El símbolo del hombre es cuadrado y va siempre a la izquierda, y el de la mujer es un círculo y va a la derecha. De la línea de unión debe salir una línea perpendicular, la cual da inicio a la generación de los hijos, y se representa de mayor a menor y de izquierda a derecha.

Cara posterior del instrumento: está relacionada con la narración del familiograma y su interpretación que hace el médico y/o la enfermera o enfermero del equipo acerca del sistema familiar en estudio.

La narración es la información detallada de las relaciones y posiciones de los miembros de la familia, es decir, datos importantes difíciles de explicar con los símbolos. Aquí debe incluirse:

- Comunicación entre sus miembros (horizontal, diagonal o vertical).
- Movimientos de la familia de un pueblo a otro. (Emigraciones, migraciones o inmigraciones)
- Eventos catastróficos (separaciones, uniones repetidas y muerte) Disposición por Edad
- Del mayor al menor de los hijos

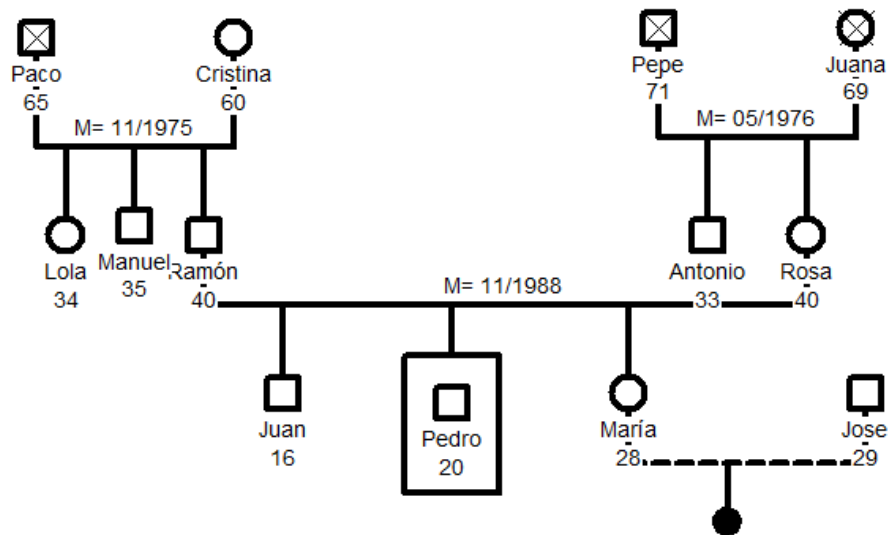
Disposición por Género: Masculino, Femenino

- Asuntos conflictivos, hijos de otros matrimonios, aporte de dinero.
- Afiliación religiosa, cultural, social y Étnica de la familia.

La interpretación tiene que ver con:

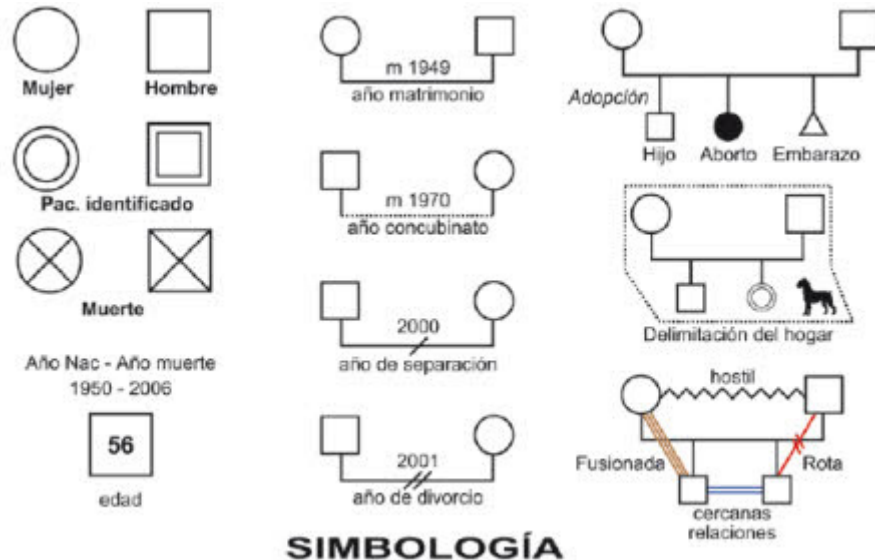
- Reglas y patrones de interacción con la familia.
- Patrones de transmisión multigeneracional.
- Principios de opresión en momentos de estrés.
- Asuntos conflictivos.
- Relevancia de la familia extendida.
- Influencia de algún miembro de la familia sobre otro u otros.
- Miembros del grupo familiar que viven con otras familias o independientes de ellos y que aún influyen en la toma de decisiones.
- Sobreprotección de los padres hacia los hijos o hacia algún miembro de la familia.

Figura 1. Familiograma.



Rangel Calderón, Yarelis Natacha. 2020. Trabajo de Socioantropología Disponible en: <https://es-static.z-dn.net/files/db3/be4bab26716083a-08583fe4d1ef2aa91.docx>

Figura 2. Simbología del familiograma.



Rangel Calderón, Yarelis Natacha. 2020. Trabajo de Socioantropología Disponible en: <https://es-static.z-dn.net/files/db3/be4bab26716083a-08583fe4d1ef2aa91.docx>

Ficha familiar

La Ficha familiar, es un instrumento que permite conocer las características sociodemográficas, económicas, educativas y epidemiológicas del grupo familiar, así como del resto de la población de la comunidad. Es útil para la planificación, programación y evaluación del proceso asistencial y docente a través de la participación comunitaria y del equipo de salud.

Los objetivos del censo son recoger, de las fuentes primarias, información adecuada sobre las características de la población, vivienda y ambiente del sector, y estimular la participación activa de la comunidad conjuntamente con el equipo de salud desde las etapas iniciales del proceso.

Es importante que la que la población esté sectorizada, así como debe existir una cartografía de la zona para facilitar la recogida de la infor-

mación. En este sentido, la participación activa de la comunidad es esencial, por lo que éstos deben estar de alguna forma capacitados.

Apgar familiar

El APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global.

Las preguntas abiertas valoran la dinámica familiar en las áreas de adaptación, vida en común, crecimiento, afecto y resolución. Posteriormente la Enfermera (o) obtiene información sobre la satisfacción familiar con cada uno de los componentes funcionales de la dinámica familiar.

La información obtenida proporciona datos básicos sobre el nivel de dinámica familiar, dando a la Enfermera una idea de qué áreas necesitan una valoración e intervención más detallada y de las fuerzas familiares que pueden utilizarse para solucionar otros problemas familiares. La valoración del estado de salud incluye información sobre el estilo de vida y creencias sanitarias.

La enfermera utiliza datos procedentes del estado de salud para formular un “perfil de salud”, el que a su vez proporciona los datos necesarios para establecer un diagnóstico de enfermería y planificar intervenciones de enfermería apropiadas, encaminadas a promover un óptimo estado de salud mediante la modificación del estilo de vida.

El cliente anota una de las tres posibilidades, puntuándose de la siguiente manera:

Casi siempre: (2 puntos); Algunas veces. (1 punto); Casi nunca: (0 puntos).

Las puntuaciones de cada una de las cinco preguntas se suman posteriormente.

Una puntuación de 7 a 10 sugiere una familia muy funcional, una puntuación de 4 a 6 sugiere una familia moderadamente disfuncional. Una puntuación de 0 a 3 sugiere una familia con grave disfunción. (10)

2.5. Enfoque de riesgo por ciclos de vida en las intervenciones de enfermería con la familia

Acontecimientos importantes en el ciclo de vida familiar como: adolescencia, matrimonio, nacimiento de un hijo, etc.; anuncian un paso de una etapa a otra, y cada etapa presentan desafíos y tareas de desarrollo. La presencia de una enfermedad física o discapacidad, pueden influir en el desarrollo normal del momento evolutivo en el cual se encuentra la familia y cada uno de sus miembros. Cuando se diagnostica una enfermedad o una discapacidad es importante conocer en qué fase del ciclo evolutivo de vida se halla la familia y la etapa de desarrollo individual en que se encuentran todos sus miembros. Así nos podemos encontrar con familias con hijos pequeños, adolescentes, matrimonio recién contruidos, parejas en edad adulta o vejez.

Del mismo modo que se valora el ciclo vital de la familia y sus miembros, también se debe parar a conocer el ciclo de la enfermedad, es decir su desarrollo, aquí se hace referencia a la tipología psicosocial, la cual presenta variables que van desde el comienzo de la enfermedad: agudo o crónico, el curso: progresivo, constante o episódico, el desenlace: mortal, con expectativas de vida reducida o muerte súbita; o no mortal, incapacidad: ninguna, leve, moderada o grave. Otros elementos que también se deben tener en cuenta son el grado de incertidumbre y previsibilidad en la aparición de complicaciones, la visibilidad o no de los síntomas, el régimen exigido de tratamiento, la contribución genética en la transmisión de la enfermedad, o la edad de comienzo de la enfermedad.

Este esquema se completa con las fases temporales de la enfermedad crónica: la fase de crisis, la fase de cronicidad y la fase terminal, donde cada una presenta desafíos y tareas básicas a los que las familias

deben dar respuesta. Otra dimensión a valorar es las experiencias multigeneracionales. El comportamiento actual de una familia no puede entenderse aislado de su historia. Esto consiste en rastrear acontecimientos y transacciones claves, así como las estrategias de afrontamiento y respuesta que presentó la familia a estas situaciones o factores estresantes. Del mismo modo también debemos indagar sobre las experiencias anteriores con el sistema de salud y cómo fue su relación con los profesionales, ya que las experiencias frustrantes o traumáticas con el sistema de salud pueden dificultar el comienzo de una nueva relación, y por lo tanto, de una buena alianza.

En una evaluación familiar, se debe valorar la capacidad de los miembros de la familia para comunicarse cuestiones tanto prácticas (instrumentales), como emocionales relacionadas con la enfermedad. Las áreas específicas a valorar incluyen: temas nocivos o delicados como la muerte donde la comunicación suele fallar entre la familia y los profesionales como por ejemplo la conspiración de silencio. Limitaciones de género, por lo general los hombres son eficaces en tareas instrumentales, pero suelen estar limitados en la expresión emocional. Valorar si la familia discute abiertamente sobre sus emociones y sentimientos, miedos e inquietudes y como la enfermedad influye en el clima afectivo de la familia y a la comunicación entre ellos.

Del mismo modo se puede decir que la manera en que la persona y la familia viven su salud y la enfermedad, está determinada por “su estructura individual, su composición genética, del medio o contexto en el que vivimos, la cultura, nuestras relaciones con los demás, elecciones y creencias, su situación en el espacio y en el tiempo”. Los pacientes y sus familias son personas que poseen sus propios valores, creencias y prioridades, que están fuertemente consolidadas y que determinan el modo en el que actuaran o no.

Del mismo modo los profesionales tienen su propio sistema de creencias, que se debe revisar para valorar si puede interferir u obstaculi-

zar nuestro trabajo con el paciente y su familia. El sistema de creencias constituye un fuerza muy poderosa: cuando las creencias son mal utilizadas o no son tenidas en cuenta pueden hacer estragos en las relaciones e impedir una buena adaptación, pero cuando se les usa con criterio fortalecen todas las relaciones y proporcionan la base para una buena adaptación. Los pacientes y sus familias tienen sus propias ideas sobre la naturaleza de su problema (significado) y algunas teorías sobre cómo podrían resolverlos. Conocer cuál es la “postura” del paciente y la familia ante la enfermedad y su tratamiento permitirá conocer hasta qué punto se hallan comprometidos y aceptan los cambios y recomendaciones sugeridos.

Las creencias de la familia y el paciente acerca del control y dominio de una enfermedad nos ayudan a predecir comportamientos relativos a la salud, especialmente la adherencia al tratamiento, e indican las preferencias de la familia de participar o no en el tratamiento y el proceso curativo del familiar enfermo. Así, se recuerda que aquellas familias que consideran que el control de la enfermedad depende de un control externo e intenso de los profesionales y especialistas, tendrán una mayor dependencia del sistema de salud y tendrá mayores dificultades para participar en sus cuidados y alcanzar así una mayor autonomía. (11)

2.6. Prestaciones por ciclos de vida

Se llama conjunto de prestaciones a una relación ordenada en la que se incluyen y describen el conjunto de derechos concretos, explícitamente definidos, en términos de servicios, tecnologías o pares de estados necesidad-tratamiento, que el sistema de salud se compromete a proveer a una colectividad para permitirle acceder a ellos independientemente de su capacidad financiera y su situación laboral.

El propósito central de un CPS consiste en contribuir a la transformación de un derecho declamado a la salud, con los ciudadanos como destinatarios, en un derecho objetivable a unas determinadas acciones

de promoción de la salud, prevención de problemas y enfermedades, atención durante episodios de enfermedad y rehabilitación en formas adecuadas y tiempos oportunos. Este cometido se logra mediante la garantía por parte del CPS de suficiencia operativa y financiera dada por su adecuación a los recursos disponibles, niveles adecuados de efectividad y eficiencia de las prestaciones mejoras en la equidad de acceso a todas las fases de la atención y seguridad jurídica por establecer claramente el derecho a determinados servicios.

El conjunto de prestaciones debe:

- Ser actualizadas periódicamente lo que involucra realizar un monitoreo de los necesidades de salud que por derecho deben ser cubiertas.
- Incluye la atención de enfermedades catastróficas.

Para lograr integralidad en la atención y prestación de salud es fundamental, se debe reconocer las prestaciones de Promoción, Prevención, Recuperación, Rehabilitación y cuidados paliativos, acorde a las necesidades específicas de los grupos poblacionales indicadas para la aplicación según las normas y protocolos definidos por el Ministerio de Salud Pública. (12)

Figura 3. Conjunto de prestaciones por ciclo vital.



Tomada de internet, Disponible en: https://coggle-downloads-production.s3.eu-west-1.amazonaws.com/6818e411388203f6f3b-57d71139ab2cdf1a3b7d6123921f4f173a48c4152f9f2/CONJUNTO_DE_PRESTACIONES_POR_CICLO_DE_VIDA.png

2.7. El proceso enfermero aplicado al cuidado familiar e intercultural, aplicando taxonomía NANDA, NOC, NIC, enfocados a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades

La enfermería pugna por conformar una base de conocimientos que sirva de apoyo a la práctica profesional y mejore la calidad de los cuidados que proporcionan las enfermeras en diversas situaciones en el marco del conjunto de la asistencia sanitaria. Esta necesidad de representación y clasificación de la base de conocimientos enfermeros continúa siendo un aspecto clave para la profesión. Para la consolidación de esta base de conocimientos es esencial la adecuada comprensión de los diagnósticos de enfermería (NANDA-I), los resultados del paciente (NOC) y las intervenciones enfermeras (NIC) (últimas ediciones disponibles en ClinicalKey Student). La práctica ayuda a las enfermeras a mejorar su experiencia en la práctica clínica y a dilucidar las relaciones que existen entre los problemas, los resultados y las intervenciones en un área de especialidad determinada o con una población específica de pacientes.

Tres lenguajes reconocidos por la ANA

En el artículo de hoy, ilustramos los vínculos entre tres de los lenguajes estandarizados reconocidos por la American Nurses Association (ANA):

1. Los diagnósticos desarrollados por NANDA Internacional (NANDA-I)
2. Las intervenciones contenidas en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)
3. Los resultados contenidos en la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).

La presentación de los vínculos existentes entre esas clasificaciones constituye un importante avance que facilita el empleo de estos lenguajes de enfermería estandarizados en la práctica, la educación y la investigación. La implementación conjunta de NANDA-I, NOC y NIC

(NNN) también ha aumentado la capacidad práctica y la eficacia en el tratamiento de los datos de enfermería. Los profesionales enfermeros se enfrentan a situaciones clínicas complejas donde la interpretación de los datos del paciente es compleja y diversa y está dirigida por el propio contexto de la asistencia. Estos vínculos favorecen el pensamiento crítico y las habilidades de razonamiento que necesitan los profesionales enfermeros para atender a los pacientes que presentan múltiples afecciones crónicas.

NANDA Internacional

El uso del lenguaje de enfermería estandarizado comenzó en los años setenta con el desarrollo de la clasificación de diagnósticos NANDA (Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2021-2023). Un diagnóstico de enfermería se define como un «juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales. Un diagnóstico de enfermería proporciona la base para seleccionar las intervenciones de enfermería que permiten alcanzar los resultados de los cuales el profesional enfermero es responsable».

Los diagnósticos de enfermería describen las necesidades reales y potenciales (existe el riesgo de desarrollo), así como las necesidades de promoción de la salud. Los elementos de un diagnóstico NANDA-I real son la etiqueta, la definición del diagnóstico, las características definitorias (signos y síntomas) y los factores relacionados (causales o asociados). Los elementos de un diagnóstico de riesgo, según establecen las directrices de NANDA-I, son la etiqueta, la definición y los factores de riesgo asociados. Los elementos de un diagnóstico de promoción de la salud son la etiqueta, la definición y las características definitorias. Una excepción es la *disposición para mejorar la resiliencia*, que también incluye los factores relacionados.

NIC

La investigación destinada a desarrollar un vocabulario específico y una clasificación de las intervenciones de enfermería comenzó en 1987, con la formación de un equipo de investigación liderado por Joanne McCloskey (actualmente, Joanne Dochterman) y por Gloria Bulechek, de la Universidad de Iowa. El equipo desarrolló la ***Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)***, una clasificación estandarizada y exhaustiva de las intervenciones de enfermería, que fue publicada por primera vez en 1992. A diferencia del diagnóstico de enfermería o del resultado del paciente, en los que la atención se concentra en el paciente, el centro de atención en las intervenciones de enfermería es la conducta enfermera, es decir, las acciones de los profesionales que ayudan al paciente a progresar hacia la consecución de un resultado deseado.

Una intervención se define como:

Cualquier tratamiento basado en el juicio clínico y el conocimiento que una enfermera lleva a cabo para mejorar los resultados de un paciente. Las intervenciones de enfermería incluyen cuidados tanto directos como indirectos, destinados tanto a los individuos como a las familias y la comunidad, e iniciados por la enfermera, el médico u otro profesional sanitario. Cada intervención NIC está integrada por un nombre de etiqueta, una definición, un conjunto de actividades que indican las acciones y principios que constituyen la administración de la intervención, y una breve lista de lecturas de apoyo. El nombre de la etiqueta y la definición de la intervención son el contenido estandarizado y no deben, por tanto, modificarse cuando se usa un término NIC para documentar el cuidado. Sin embargo, el cuidado enfermero puede ser individualizado mediante la elección de las actividades. A partir de una lista que contiene entre 10 y 30 actividades por intervención, la enfermera seleccionará las actividades más apropiadas para el individuo, la familia o la comunidad en particular. Además, si es necesario, la enfermera puede añadir nuevas actividades, si bien todas las modificaciones y adiciones deben ser coherentes con la definición de la intervención.

NOC

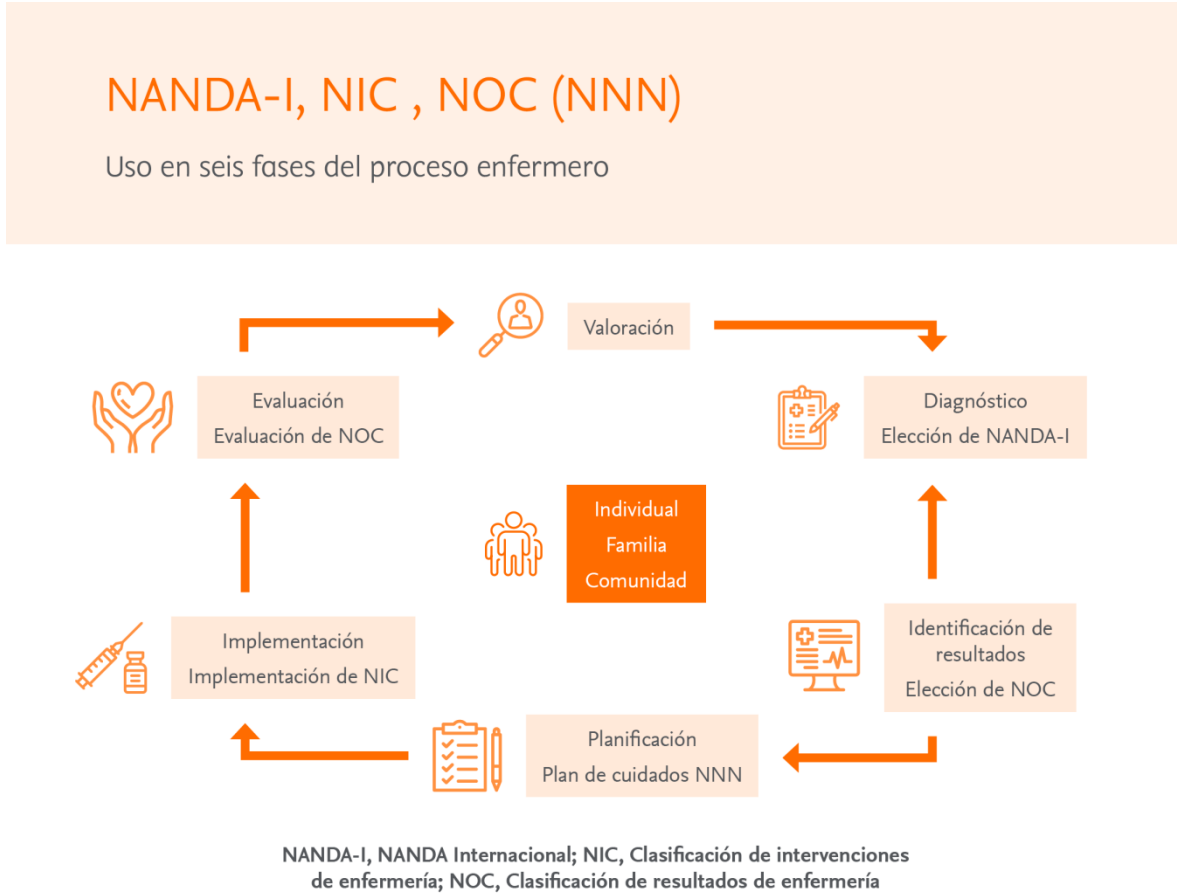
En 1991 se formó en la Universidad de Iowa un equipo de investigación dirigido por Marion Johnson y Meridean Maas, con el fin de desarrollar una clasificación de resultados de los pacientes que se correlacionará con los cuidados de enfermería. El trabajo del equipo de investigación dio lugar a la *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*, una clasificación estandarizada y exhaustiva de los resultados del paciente que puede utilizarse para evaluar los resultados de las intervenciones de enfermería y que fue publicada por primera vez en 1997.

Los resultados del paciente sirven como criterio contra el que se puede valorar el nivel de éxito de una intervención de enfermería. Un resultado se define como «el estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad, medido a lo largo de un continuo como respuesta a una o más intervenciones de enfermería». Se acepta que hay muchas variables, además de la propia intervención, que influyen en los resultados del paciente. Esas variables van desde el proceso utilizado para proporcionar el cuidado, incluidas las acciones de otro personal sanitario, a las variables organizativas y del entorno que influyen en la forma en la que se seleccionan y proporcionan las intervenciones, así como las características del paciente, incluidas su salud física y emocional, y las circunstancias vitales por las que atraviesa. Dado que los resultados describen el estado del paciente, otras disciplinas pueden también encontrarlos útiles para evaluar sus intervenciones.

Cada resultado NOC consta de un nombre de etiqueta, una definición, una lista de indicadores que permiten evaluar el estado del paciente en relación con el resultado, una escala de cinco puntos de tipo Likert, destinada a evaluar el estado del paciente, y una breve lista de referencias utilizadas para el desarrollo del resultado. Las escalas permiten medir el estado del resultado en cualquier momento, siguiendo un criterio de valoración que va del más negativo al más positivo, así como identificar los cambios en el estado del paciente en distintos momentos. Al contrario de lo que sucede con la información proporcionada

por una declaración de objetivos, que determina si el objetivo se ha cumplido o no, los resultados NOC pueden usarse para monitorizar el progreso, o su ausencia, durante un episodio de cuidados y entre diferentes servicios asistenciales. (13)

Figura 4. NANDA-I, NIC, NOC (NNN). Uso en seis fases del proceso enfermero.



Tomado de Elsevier Connect, 2022. NANDA-I, NIC, NOC: uso en la planificación de los cuidados y el modelo AREA. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/nanda-i-nic-noc-vinculos-y-uso-en-la-practica-clinica>

1ª Edición

Enfermería en **Salud Familiar y Comunitaria**

CAPÍTULO III BASES PARA EL CUIDADO COMUNITARIO INTERCULTURAL



3.1. Concepto de comunidad

El término “comunidad” es uno de los conceptos más utilizados en las ciencias sociales. Pero, como ocurre con otras palabras que tienen amplio uso dentro de estas disciplinas, se trata de un vocablo dotado de extensa polisemia, es decir, hace referencia a realidades muy diversas. Esta multiplicidad de significados no se da sólo en el lenguaje científico, sino también en el lenguaje corriente.

En su acepción originaria, el término “comunidad” hace referencia a un ámbito espacial de dimensiones relativamente reducidas, en el que existía una compenetración y relación particular entre territorio y colectividad. En un sentido lato, la palabra denota la cualidad de “común”, o bien la posesión de alguna cosa en común. Alude, pues, a lo que no es privativo de uno solo, sino que pertenece o se extiende a varios.

A veces, el término se utiliza para designar un pequeño grupo de personas que viven juntas con algún propósito común; también se puede hablar de comunidad aludiendo a un barrio, pueblo, aldea, o municipio. En otras ocasiones se aplica a un área más amplia: comarca, provincia, región, nación, continente..., hasta llegar al conjunto de la humanidad. La palabra sirve para designar algún aspecto de esas realidades, que son muy diferentes en cuanto a la amplitud espacial de “aquello” que designan. Sin embargo, hay que suponer que en todas esas realidades deben existir algunos rasgos o características, por las que se las puede denominar con este vocablo. (14)

3.2. Salud comunitaria y atención primaria orientada a la comunidad

La salud comunitaria es un derecho natural y social, inherente al hombre (que el Estado y la sociedad deben garantizar), trascendiendo el concepto de cuidado del funcionamiento biológico individual, para introducirnos en la relación de los individuos entre sí y con el Estado, en su condición de integrantes/residentes de un lugar geográfico determinado (comunidad) capaces de actuar con autonomía, tomar de-

cisiones, acceder a servicios de salud de buena calidad y ejercer el derecho a participar.

Emparentada con otras corrientes de la medicina, como la “medicina preventiva”, “medicina social”, “salud colectiva”, la Salud Comunitaria se propone como una alternativa a la concepción de la Salud Pública convencional, que tradicionalmente miró a la población como “objeto” a ser intervenido por parte de la norma funcional y la ciencia positiva. La “Salud Comunitaria”, en cambio, busca mirar a la población cómo “sujetos” (individuales y colectivos) generando su salud en el diario vivir y al mismo tiempo construyendo instituciones que apoyen la promoción de la salud, la prevención y la atención de los enfermos.

La Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) es un proceso continuo en el cual se implementa la atención primaria en una población determinada según sus necesidades de salud, mediante la integración planificada de las acciones de salud pública y la práctica de la atención primaria.

Los servicios de Atención Primaria Orientada a la Comunidad se responsabilizan por la salud de todos los miembros de la comunidad, tanto de los que utilizan sus servicios como de los que no los utilizan. Esta es la diferencia con respecto a la atención primaria tradicional orientada a la curación, que solo responde a la demanda y al tratamiento de los síntomas y las enfermedades. (15)

3.3. Acción comunitaria, criterios y recomendaciones

De manera intuitiva, la acción comunitaria nos habla de gente que se organiza para hacer cosas conjuntamente (trabajar colectivamente objetivos colectivos). Lo primero que se debe dejar claro es que no se trata de un tipo de intervención propia de un determinado ámbito de intervención social, ni de unos profesionales específicos. Se puede hacer acción comunitaria en un barrio, en una escuela o en un hospital, la pueden hacer maestros y educadores, profesionales de la salud, de

los servicios sociales, de la animación sociocultural o de cualquier otro campo en el que se tenga la voluntad de trabajar colectivamente objetivos colectivos. A modo de ejemplo, se podría señalar la importante tradición comunitaria que hay en el ámbito de la salud o en el de la cooperación al desarrollo. Últimamente se habla de economías comunitarias o de gestión comunitaria de equipamientos de proximidad, por ejemplo.

Cuando se habla de acción comunitaria siempre hablamos de maneras de participación, pero una participación que involucra a profesionales y servicios públicos que pueden ser diversos. En un sentido amplio, se podría pensar en acciones comunitarias desarrolladas de manera autónoma, independientes de la acción de las instituciones públicas. Pero las acciones comunitarias en las que piensa esta guía se caracterizan por el hecho de tener la presencia y el apoyo de las instituciones públicas a través de la acción que llevan a cabo los diferentes servicios y profesionales involucrados.

Así, la acción comunitaria muestra una doble cara: la que tiene que ver con la mejora de ciertas condiciones de vida de la gente (problemas colectivos, mejora del barrio) y la que tiene que ver con los procesos de fortalecimiento ciudadano, que serán necesarios para que la gente pueda ser protagonista, y que tienen que ver con las formas de organización colectiva y de participación vecinales, y con las estrategias y las formas de relación entre las personas, las entidades y los servicios públicos.

Así, entonces, en un sentido muy amplio o general, se podría enumerar los objetivos siguientes (en parte metodológicos y en parte sustantivos) para la acción comunitaria: a) Construir procesos planificados para la mejora de las políticas públicas y de los servicios públicos a través de la implicación y de la cooperación de la ciudadanía, del trabajo coordinado entre profesionales y servicios, y de un clima de consenso, proactividad y corresponsabilidad en torno a la intervención pública. b)

Construcción de ciudadanía, el fortalecimiento ciudadano (empowerment): como proceso de responsabilización individual y colectivo.

También se podría hablar aquí de creación de pertenencia, capital social, de vínculos, de confianza, de redes sociales, etc. c) Las transformaciones en las condiciones de vida y la creación de nuevas oportunidades para afrontar carencias y necesidades de la población, mediante la construcción de espacios de convivencia. d) La inclusión social en el sentido de una clara intencionalidad de no dejar a nadie fuera, de contar con todos y trabajar para todos, y no solo para la mejora de las condiciones de vida de unas cuantas personas. Incorporando en los procesos a los colectivos más vulnerables.

Este sería nuestro marco común para toda acción comunitaria, pero sin olvidar que los objetivos evaluables en cada acción comunitaria particular (los objetivos específicos) tendrán que ser más concretos, más precisos y deberán responder a diagnósticos concretos y a aspiraciones específicas en cada territorio o colectivo.

La acción comunitaria remite a una pluralidad de actores que colaboran pero que también pueden atravesar momentos de conflicto y si esto ocurre es porque los diversos actores que participan pueden tener, en ciertos aspectos, posiciones o intereses contrapuestos. En un mismo proyecto o acción comunitaria, en un plan comunitario, etc., siempre se dan momentos de conflicto y momentos de cooperación entre los diferentes actores que intervienen, o un tipo de relación en la cual es posible discernir estas dos caras (conflicto y cooperación) en proporciones diversas.

Así que también se puede encontrar con una significativa pluralidad de visiones y de intereses en torno a la evaluación. Eso hace pensar que seguramente la evaluación no siempre es un ejercicio tan “científico” y “objetivo” como a veces pensamos y puede ocurrir fácilmente que lo que para unos es un éxito para otros sea un fracaso, algo no relevante o, incluso, una amenaza. Pero la acción comunitaria, a pesar de asumir

la existencia inevitable de conflictos y visiones contrapuestas entre los diferentes participantes (técnicos y profesionales, asociaciones, grupos y personas no asociadas, administraciones, expertos, etc.) basa buena parte de su planteamiento metodológico en la necesidad de construir espacios de consenso y acuerdos que permitan un trabajo de colaboración entre gente diversa en torno a un proyecto compartido.

Eso significa que también será necesario construir un cierto acuerdo sobre los objetivos y los métodos de evaluación. Podríamos decir que evaluar, emitir juicios de valor sobre una situación o acción es también una actividad “política” y no solamente “científica” o “técnica”. Otra manera de decirlo sería que, cuando se evalúa, muchas veces se está comparando, al menos en parte, “lo que realmente pasa” con “lo que se quiere que pase”, y no siempre es fácil ponerse de acuerdo sobre alguna de las dos cuestiones. Ponerse de acuerdo en la primera afirmación “lo que realmente pasa” puede llegar a ser posible, aunque la experiencia demuestra que no siempre es fácil y, a veces, puede resultar casi imposible (donde unos ven autonomía, otros ven alboroto; lo que para unos es actividad cultural para otros es ruido o propaganda...), pero la segunda cuestión “qué debería pasar” depende claramente de principios éticos, ideológicos o políticos que no tienen por qué compartirse y que proyectan una determinada intencionalidad en la acción que tiene que desarrollarse.

Por lo tanto, en el momento de plantear un proceso de evaluación en acciones comunitarias, hay que diferenciar entre: a) Discernir sobre qué objeto se quiere evaluar, el éxito o impacto de un programa, cuestión principalmente de tipo político. b) Inferir causalidad entre la acción comunitaria y la variación del objetivo de esta, siento este un reto metodológico. Es importante entender las dos cuestiones para no confundirlas. Esto no debería significar que se renuncie de entrada a toda pretensión de mínima objetividad. Más bien lo que nos dice es que tenemos que ser conscientes de los límites y cuidadosos con los métodos para conseguir esta objetividad.

Hay aspectos que pueden ayudarnos. Para empezar, promover evaluaciones participadas y pluralistas: que recojan el máximo de visiones, intereses y opiniones. También, construir vocabularios, marcos conceptuales y operativos, que sean lo suficientemente compartidos, hacer un esfuerzo para aclarar previamente los objetivos que se persiguen y dotar de instrumentos de evaluación eficaces. (16)

3.4. Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC)

La APOC se define como la práctica integrada de la Atención Primaria de Salud, individual y familiar, con la salud pública cuando actúa localmente, dirigida a mejorar la salud de la comunidad como un todo.

Así pues, APOC significa que el equipo de Atención Primaria (EAP) asume la responsabilidad de la mejora de la salud de todas las personas y familias de la comunidad para la que trabaja y no solo de la atención de los pacientes que demandan asistencia. Este es su objetivo, al cual dedica también una estrategia comunitaria de mejora continua. Esta orientación no significa que se debe medicalizar la atención a la salud o incurrir en prevención no justificada. Además, la APOC no se limita solo a las actividades de promoción y preventivas, sino también a la atención a todas las personas enfermas.

Las actividades de salud comunitaria, son aquellas de intervención y participación que se realizan con grupos que presentan características, necesidades o intereses comunes. Están dirigidas a promover la salud e incrementar la calidad de vida y el bienestar social, potenciando la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas o necesidades.

La APOC aporta una reorientación en la forma de prestar los servicios con base poblacional al dirigirlos a las principales necesidades de salud de toda la población asignada o adscrita, con su participación progresiva y en coordinación con todos los servicios implicados en la salud o en sus determinantes. Se trata de un proceso continuo en el

cual se integran la Atención Primaria con acciones de salud pública. Este hecho le atribuye una característica diferencial con los servicios tradicionales, orientados principalmente a la curación y tratamiento de síntomas y enfermedades. Esta orientación a la demanda se ha mostrado insuficiente para mejorar el nivel de salud de la población en su conjunto, e incluso ha resultado perjudicial cuando deriva en una excesiva medicalización.

De la definición de APOC se desprende que se trata de un proceso centrado en la práctica de la Atención Primaria de Salud y que no tiene por qué entrar en contradicción con las acciones de promoción de salud o desarrollo comunitario llevadas a cabo por otros servicios, sino que deben coordinarse y complementarse. Además, la metodología APOC, contemplada de una forma amplia y flexible, puede ser utilizada como «marco de trabajo» para otros servicios comunitarios.

Bases conceptuales del modelo APOC

La concepción de la Atención Primaria surgida en la segunda mitad del siglo xx, junto con la evolución y uso de la epidemiología y el desarrollo de la salud comunitaria, constituyen los fundamentos (tabla 1) sobre los que se desarrolla el concepto de la APOC. La epidemiología nos ayuda a identificar cómo actúan los determinantes sobre la salud individual, familiar y colectiva y permite evaluar el impacto de las acciones y acontecimientos relacionados con la salud.

Tabla 1. Fundamentos de la Atención Primaria Orientada a la Comunidad.

Fundamentos de la APOC

- Atención Primaria
- Epidemiología a nivel local: la salud y sus determinantes
- Salud comunitaria (salud pública a nivel local)
- Promoción de la salud y de la participación comunitaria

Josep Lluís de Peray, Isabel Montaner. 2016. Una mirada a la Atención Primaria Orientada a la Comunidad. Disponible en: <https://comunidad.semfyc.es/una-mirada-a-la-atencion-primaria-orientada-a-la-comunidad/>

Las bases conceptuales de la APOC serán entonces:

- A. Establecer un modelo práctico cuyo propósito es racionalizar, organizar y sistematizar los recursos de salud existentes para hacer posible la prestación de la atención individual, familiar y comunitaria de forma inseparable.
- B. Este modelo de práctica integra la práctica conjunta de la Atención Primaria, la epidemiología y las ciencias sociales y del comportamiento.
- C. La APOC es un proceso continuo que se desarrolla en una población definida y de acuerdo con sus necesidades de salud. Esta idea de proceso lleva implícita la noción de cambio. Por tanto, de una integración planificada de las acciones de la Atención Primaria, de la salud pública y de otros sectores relacionados con la salud y sus determinantes.
- D. Los servicios de salud que practican APOC se responsabilizan de la salud de todos los miembros de la comunidad.

La participación de la comunidad se realiza en todas las etapas del proceso. La forma y el grado de implicación de la comunidad dependerán de las características culturales y sociales de la población, así como de las características organizativas y motivacionales del EAP, en la que el nivel de participación puede ir desde atender las informaciones hasta la dirección o gestión de los programas de APOC. En la fase

de priorización será imprescindible la participación comunitaria porque habrá elementos relacionados con la valoración de los problemas o necesidades y otros con la factibilidad de las intervenciones en los que la opinión de la comunidad será decisiva. En la fase de planificación, intervención e implementación, la participación será la forma en la que se expresan buena parte de los conceptos enunciados en la Carta de Ottawa y subsiguientes sobre la promoción de la salud y la reorientación de los servicios de salud, cuando dice: «La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud...».

Bases metodológicas de la APOC

Los elementos fundamentales para poder desarrollar una práctica de APOC son (tabla 2): una comunidad definida, el uso complementario de las habilidades clínicas y la identificación de las necesidades de salud a nivel comunitario, el trabajo mediante programas de salud comunitaria y la participación de la comunidad en todo el proceso de desarrollo. Sin todos estos elementos difícilmente podrá decirse que se está trabajando en APOC.

Tabla 2. Bases metodológicas de la Atención Primaria Orientada a la Comunidad.

Bases metodológicas de la APOC

- Existencia de una comunidad definida
- Uso complementario de las habilidades clínicas y epidemiológicas
- El trabajo mediante programas de salud
- La participación comunitaria a lo largo del proceso

Josep Lluís de Peray, Isabel Montaner. 2016. Una mirada a la Atención Primaria Orientada a la Comunidad. Disponible en: <https://comunidad.semfyc.es/una-mirada-a-la-atencion-primaria-orientada-a-la-comunidad/>

La definición y caracterización de la comunidad es esencial para la práctica de la APOC, de lo contrario, no podría llevarse a cabo. Es importante definirla y caracterizarla para conocer cuál es la población a la que irá dirigida nuestra intervención y para, posteriormente, medir el impacto de la misma.

La epidemiología en la APOC está basada en la comunidad como un todo. El tamaño del denominador poblacional basado en comunidades pequeñas puede limitar el uso de la epidemiología en Atención Primaria, y requiere recurrir a métodos epidemiológicos y de análisis estadísticos adecuados a poblaciones pequeñas. Es el propio servicio de Atención Primaria el que recoge los datos, los consolida y analiza para aplicar este conocimiento a través de los programas de salud comunitaria. Así pues, la epidemiología es de un uso local, específico y pragmático. En el caso de que el EAP no tenga la capacidad para este tipo de análisis, puede recurrirse a profesionales de los servicios de salud pública que actúen en el nivel local para solicitar su apoyo.

La dinámica iniciada tiene que acompañarse de la reorientación del trabajo del EAP, en la gestión del tiempo de las actividades cotidianas de los profesionales implicados, el establecimiento de un lenguaje común con la comunidad, la aceptación de nuevos liderazgos, el diálogo intersectorial, con la incorporación de culturas organizativas y metodológicas diversas procedentes de los sectores implicados, la generación de una estrategia y práctica comunicativa que facilite quebrar las habituales barreras entre el sector de salud orientado a la enfermedad y los diferentes actores, implicados a través de la movilización real de los activos en salud presentes, que permita mapear la comunidad e implicarla, actuando el equipo de salud como mediador del proceso.

La participación de la comunidad constituye uno de los principios de la APOC que está presente en todo el proceso y, por lo tanto, no es estrictamente un paso metodológico, pero debe contemplarse su integración en el proceso de trabajo. La forma y el grado de implica-

ción dependerán de las características de la población y del EAP. Este último debe considerarlo como fundamental, promoverlo y ajustarlo a las características específicas de la comunidad. Debe tenerse muy en cuenta que en la APOC se trabaja con la comunidad y no solo *en* la comunidad. (17)

3.5. Herramientas sociales para el desarrollo de la participación e investigación con la comunidad

El uso de métodos participativos de encuestas y planificación en el proceso de desarrollo motiva que la comunidad se adueñe de los proyectos, permite flujo de información entre la comunidad y la organización de desarrollo, y mejora la confianza entre la organización y la comunidad. Los métodos y herramientas participativos siguientes, que pueden ser utilizados para motivar participación de los miembros de la comunidad en las actividades de un programa, se sacan de documentos de MEAS de Participatory Methods and Tools for Extension.

Análisis Rural Rápido (ARR)

El Análisis Rural Rápido (ARR) no es una sola herramienta sino un rango de enfoques de evaluación. ARR es un híbrido de encuestas formales y métodos no-estructurados de investigación como entrevista profunda, grupos de enfoque, y métodos de observación. Los procedimientos de ARR toman poco tiempo para implementarse, rindiendo observaciones valerosas de una comunidad en poco tiempo y con relativamente poco costo.

Se revisan los datos secundarios antes de hacer investigaciones de campo. Las fuentes de datos secundarios incluyen artículos relevantes de investigaciones, jornadas, libros, documentos de proyectos, resultados de encuestas previas, mapas, e incluso periódicos. Agencias de gobierno, universidades, centros de investigación, ONGs, y otras instituciones son también buenas fuentes de información. Datos basados en el campo se acumulan a través de observación (por ej., uso de terrenos, patrones de cultivación, y prácticas de agricultura) y entrevis-

tas semi-estructuradas con agricultores, líderes locales, y oficiales. Las claves para el método ARR en el campo son tres: observar prácticas y comportamientos de agricultura, conversar con agricultores locales para escuchar sus preocupaciones y puntos de vista, y anotar todas las observaciones para revisarlas después.

Equipos de investigación de ARR son ideales cuando son compuestos de hombres y mujeres de disciplinas diversas. También es mejor que el equipo se componga de personas que conocen bien la comunidad y personas que no. Los conocedores proveerán conocimientos de la situación local y los que no conocen proveerán perspectiva y opciones posibles---basado en conocimientos ganados de otras áreas y proyectos---que podrían ser olvidados si no participaran. Para aprender más sobre hacer un ARR, ver el documento de MEAS Participatory Methods and Tools for Extension: Rapid Rural Appraisal (Métodos y Herramientas Participativas para Extensión: Análisis Rural Rápido).

Mapa de Movilidad

Esto es un método para aprender sobre patrones de movimiento para un individuo, grupo, o comunidad. Un mapa de movilidad provee observaciones sobre a dónde va la gente, para qué, con qué frecuencia, cuán lejos es, y por qué visita. Cuando se desarrolle este mapa, puede mejorar la atención y sensibilidad a géneros identificando diferencias en patrones de movilidad entre los sexos. Un buen entendimiento de patrones de movilidad ayuda a los esfuerzos de planificación de proyectos, porque los impactos de intervenciones pueden ser mejor anticipados y evaluados. Para información sobre cómo hacer un mapa de movilidad, ver el documento de MEAS Participatory Methods and Tools for Extension: Mobility Map (Métodos y Herramientas Participativos para Extensión: Mapa de Movilidad).

Mapa Social

Un mapeo social explora donde y como vive la gente y también la infraestructura disponible para las actividades sociales: calles, sistemas

de drenaje, escuelas, facilidades de agua potable, etc. El mapeo social puede ser utilizado para juntar información de la comunidad como:

- Distribución étnica
- Instituciones sociales y la comunidad
- Estructuras de la familia
- Instituciones gubernamentales disponibles
- Información educativa y religiosa
- Grupos sociales y sus interacciones
- Sistemas de valores
- Prácticas de cooperación y conflicto

Un mapa social lo construye la gente local. No se dibuja a escala, como el enfoque principal es identificar las cosas relevantes e importantes para la gente local. El mapeo social es un método participativo que se ha mostrado eficaz hasta con gente analfabeta o marginada en la comunidad. Usando información de mapas sociales, los trabajadores de desarrollo pueden diseñar y planificar intervenciones en comunidades para mejorar servicios extensionistas y consejeras. Para más información sobre cómo hacer mapas sociales, ver el documento MEAS Participatory Methods and Tools for Extension: Social Mapping (Métodos y Herramientas Participativos para Extensión: Mapeo Social).

Mapa de Recursos

Un mapa de recursos se construye por los locales, mostrando recursos naturales en la comunidad. La gente local usa su conocimiento del área para identificar recursos como terreno, ríos, colinas, parcelas, vegetación, y posiblemente habitación. Esta actividad estimula la autoestima de los participantes.

Estos mapas deben indicar la perspectiva de la comunidad sobre sus recursos naturales en vez de mostrar medidas precisas. Ayudan a crear entendimiento común sobre que recursos están disponibles, y también proveen una línea base para monitoreo y evaluación. Para más información sobre cómo hacer un mapa de recursos, ver el documento de

Participatory Methods and Tools for Extension: Resource Map (Métodos y Herramientas Participativos para Extensión: Mapa de Recursos).

Transecto

Transectos se utilizan para descubrir la dimensión espacial de la realidad de los miembros de la comunidad. La herramienta enfatiza los recursos naturales de la comunidad mientras toma en cuenta los aspectos sociales. Un transecto es una corte lateral de las varias zonas agroecológicas y ofrece una evaluación comparativa de las zonas basada en diferentes parámetros (por ej., topografía, uso de tierra, tipo de terreno, tipo de suelo, fertilidad de suelo, acceso a tenencia de tierras, vegetación, cultivos, soluciones, oportunidades, problemas). Aspectos sociales como dimensiones relacionadas con género pueden ser integrados en el análisis dependiendo de la meta general de la actividad. Los transectos frecuentemente se hacen después de hacer un mapa social o de recursos para triangular la información.

Un transecto consiste de dos pasos principales:

- Una caminata sistemática con facilitadores y miembros de la comunidad local para observar el área colindante, anotando detalles de topografía, recursos naturales, oportunidades, y problemas.
- La creación de un diagrama del transecto de la ruta de la caminata, dividiendo el área en zonas agroecológicas y anotando parámetros, problemas, y soluciones potenciales relevantes a cada zona.

Para más información sobre cómo hacer un mapa de transecto, ver el documento de MEAS Participatory Methods and Tools for Extension: Transect (Métodos y Herramientas Participativos para Extensión: Transecto).

Movilizando Bienes Comunitarios

En respuesta a desafíos, las comunidades pueden enfocarse en sus necesidades, deficiencias o problemas, o pueden enfocarse en descubrir sus propias capacidades y bienes. Mientras concentrarse en problemas o necesidades puede distraer a la comunidad de identificar recursos locales disponibles, el método basado en bienes para responder a problemas es una manera de involucrar un grupo diverso de miembros de la comunidad en el proceso de desarrollo e identificar los recursos locales que pueden usar como base de renovación. Los bienes comunitarios pueden incluir lo siguiente: capacidades y habilidades de los miembros de la comunidad, público local y ONGs e instituciones privadas, recursos físicos, redes personales, y financiamiento de donantes de afuera. Se puede encontrar más detalles sobre como movilizar bienes comunitarios y como dirigir el proceso en el documento de MEAS Participatory Methods and Tools for Extension: Mobilizing Community Assets (Métodos y Herramientas Participativos para Extensión: Movilizando Bienes Comunitarios).

Cronograma

El cronograma es un método donde la gente local recuerde la cronología de eventos pasados, documentando momentos históricos importantes en su comunidad. Es una herramienta útil para usar al comienzo del proceso de juntar información y puede ser una buena manera de desarrollar una relación con la comunidad. Cuando se usa este método es importante involucrar a los ancianos para incluir la perspectiva histórica. Un cronograma puede ayudar a juntar información sobre lo siguiente:

- Aprender cuales eventos pasados son importantes para la comunidad
- Entender la perspectiva histórica sobre temas actuales
- Juntar información relacionada con años específicos
- Crear conversación sobre temas actuales en la comunidad (por ej., salud, seguridad de alimentos, asuntos de género, educación, tecnología, economía)

Se puede encontrar los pasos para hacer un cronograma en el documento de MEAS Participatory Methods and Tools for Extension: Time Line (Métodos y Herramientas Participativos para Extensión: Cronograma).

Análisis de Bienestar

Ordenar el nivel de bienestar se centra en la perspectiva de los miembros de la comunidad local sobre riqueza, ordenando el bienestar relativo a ingresos, bienes, y su percepción de diferencias socioeconómicas entre familias.

Se puede usar análisis de bienestar para lo siguiente:

- Evaluar programas identificando si las actividades benefician al grupo indicado.
- Ubicar y clasificar familias y/o grupos basado en bienestar relativo en áreas de ingresos, riqueza, recursos, y estatus dentro de la comunidad.
- Desarrollar programas según las metas de la gente con relación a sus maneras de ganarse la vida, la vulnerabilidad, y las limitaciones.

Se puede hacer análisis de bienestar de varias maneras como utilizar una combinación de ordenar tarjetas y mapeo social. Para más detalles sobre los usos del análisis de bienestar y como hacer el proceso, ver el documento de MEAS Participatory Methods and Tools for Extension: Wellbeing Ranking Analysis (Métodos y Herramientas Participativos para Extensión: Análisis de Bienestar).

Análisis de Patrones

Análisis de patrones es la historia de la comunidad según la gente. Este método puede dar una idea de cambios cuantitativos durante largo tiempo en varios aspectos de una comunidad. Los patrones que se pueden medir para una comunidad incluyen rendimientos de cultivos, número de árboles, poblaciones de humanos o de ganado, lluvia, área

bajo cultivos, etc. Poniendo en un gráfico movimientos amplios o patrones, uno puede entender mejor el impacto que tienen los patrones en la comunidad. Se puede aprender lecciones importantes de discutir las razones del éxito o fallo de intervenciones pasadas. Para aprender más sobre análisis de patrones y como hacer el método con miembros de una comunidad, ver el documento de MEAS Participatory Methods and Tools for Extension: Trend Analysis (Métodos y Herramientas Participativos para Extensión: Análisis de Patrones).

Lluvia de Ideas

Una lluvia de ideas es un método para que la gente comparta un rango amplio de ideas antes de tomar una decisión. Se motiva a los participantes compartir ideas sin miedo de ser corregido o desafiado, aunque las ideas pueden salir del rango tradicional del pensamiento. Un resultado final de este proceso es una lista extensiva de ideas creativas de las cuales se puede escoger mientras se desarrolla la solución. La lluvia de ideas libera a la gente a pensar creativamente y la motiva a tomar acción. Por ser participativo, el proceso hace a todos sentirse parte del proceso de la toma de decisiones. Para aprender los pasos de hacer una lluvia de ideas, referirse al documento de MEAS Participatory Methods and Tools for Extension: Brainstorming (Métodos y Herramientas Participativos para Extensión: Lluvia de Ideas).

Diagrama Venn (o Diagrama Chapati)

Esto es un método participativo visual para entender cómo percibe la comunidad una variedad de cosas (grupos sociales, individuos, instituciones, enfermedades, recursos naturales, etc.) en relación a pocas (preferiblemente dos) variables como: importancia, prevalencia, y proximidad percibida. El objetivo del método es entender mejor la percepción de la comunidad de las instituciones, individuos, y programas y también el proceso de tomar decisiones dentro de la comunidad. Esto ayuda a identificar factores como fortalezas y debilidades de las relaciones entre pueblos e instituciones, duplicación o brechas en servicios entre instituciones, y la estructura del poder en las comunidades.

Se puede ver los pasos para dirigir un Diagrama Venn en el documento de MEAS Participatory Methods and Tools for Extension: Venn Diagram (Métodos y Herramientas Participativos para Extensión: Diagrama Venn).

Análisis de Campo de Fuerza

Esto es un método que estudia dos fuerzas conflictivas que actúan en una situación. Se puede usar para examinar todos los factores en una situación; por ejemplo, para identificar las fuerzas negativas (barreras, deficiencias, problemas) y también las positivas (recursos, habilidades, actitudes). Análisis de campo de fuerza es una herramienta valerosa para ayudar a diferentes grupos entender los problemas a solucionar e identificar que es necesario para tener éxito en situaciones específicas. Para más información sobre cómo hacer un análisis de campo de fuerza, ver el documento MEAS Participatory Methods and Tools for Extension: Force Field Analysis (Métodos y Herramientas Participativos para Extensión: Análisis de Campo de Fuerza).

Análisis de Brecha

Análisis de brecha indica obstáculos que prohíben llegar a una meta deseada. Ayuda a grupos entender mejor la brecha entre su estado actual y el punto donde quieren llegar. Los grupos pueden reconocer su estado actual, ponerse de acuerdo sobre un futuro deseado, e identificar los pasos necesarios para llegar a ese punto. El proceso es altamente participativo, pone en línea los grupos, y crea energía. Para información sobre como dirigir un análisis de brecha, referirse al documento de MEAS Participatory Methods and Tools for Extension: Gap Analysis (Métodos y Herramientas Participativos para Extensión: Análisis de Brecha).

Entrevistas de Grupos Enfocados

Este método se utiliza para coleccionar información de un grupo específico sobre sus experiencias y opiniones sobre un tema específico. Cuando se planifica una entrevista de grupo enfocado, se debe de-

cidir lo siguiente: el porqué del grupo, la información que se necesita obtener del grupo, y como se va a utilizar la información. El moderador frecuentemente determina el éxito de la discusión del grupo enfocado, y por eso debe ser una persona que es accesible, interesante, y capaz de ganar la confianza del grupo. Para más sobre dirigir una entrevista de grupo enfocado y analizar los datos obtenidos, ver el documento de MEAS Participatory Methods and Tools for Extension: Conducting Focus Group Interviews (Métodos y Herramientas Participativos para Extensión: Dirigiendo Entrevistas de Grupos Enfocados).

Grupos Aconsejadores

Los grupos aconsejadores se forman para representar las ideas y actitudes de una comunidad. Idealmente, tales grupos son diversos, asegurando que la comunidad tenga representación buena en el proceso de analizar y cumplir con necesidades locales. El grupo aconsejador puede proveer consciencia comunitaria, identificar participantes apropiados, y ofrecer consejos técnicos. Se debe intentar maximizar las habilidades del grupo, asegurar que haya representación completa de la comunidad, y resolver conflictos potenciales entre el grupo aconsejador y otros cuerpos encargados con tomar decisiones. Para aprender más sobre las ventajas y desventajas de grupos aconsejadores, referirse al documento de MEAS Participatory Methods and Tools for Extension: How Can an Advisory Group Serve a Community (Métodos y Herramientas Participativos para Extensión: ¿Cómo Puede Servir un Grupo Aconsejador a una Comunidad?).

Mapeo de Conceptos

El mapeo de Conceptos es una metodología que permite coleccionar un rango amplio de ideas de una población, y después organizar y asignar valores a cada idea. Crea un dibujo de las relaciones entre ideas. Los mapas de conceptos empiezan con una pregunta de enfoque o una frase parcial que se presenta a los participantes para estimular sus ideas. Esto crea la información que se incluirá en el mapa. Un ejemplo de una frase parcial sería: “Yo podría comercializar y distribuir mejor

mis productos si...” El mapeo de conceptos usa métodos aceptados de estadísticas y puede producir un producto final en cuestión de varias horas. El método también permite la examinación de respuestas de la población total o de subgrupos de la población. Los mapas creados se comparten con el grupo y se pueden usar para estimular una discusión más profunda sobre el tema. El Mapeo de Conceptos es un proceso que mantiene enfocado un grupo, conscientes de donde están en el proceso y de cómo se utilizan sus ideas. Para más información ver la nota técnica de MEAS Applying the Concept Mapping Methodology (Aplicando la Metodología de Mapeo de Conceptos). (18)

3.6. Diagnóstico situacional de salud ASIS-fases

La elaboración del ASIS se sustenta en una metodología participativa y es un proceso dinámico que comprende las siguientes fases: el diagnóstico situacional inicial como una primera “fotografía” del territorio y sirve de base para complementar a lo largo del tiempo, la identificación y priorización de problemas, la construcción de planes locales y distritales de salud, el seguimiento y evaluación, la construcción de las salas situacionales de salud.

Fases de aplicación del ASIS:

Primera fase: Producción del Diagnóstico Situacional, siguiendo la estructura (orden de temas) y las pautas que se establecen en este instructivo.

Segunda fase: Conformación y/o fortalecimiento del Comité Local de Salud

Tercera fase: Socialización y validación del Diagnóstico Situacional, identificación de los problemas y prioridades con los actores locales, elaboración participativa del Plan Local de Salud (PLS).

.....

Cuarta fase: Implementación, acompañamiento y seguimiento del PLS.
Quinta fase: Actualización del diagnóstico dinámico en el contexto de la sala situacional. Evaluación y monitoreo de los resultados.

Primera fase: producción del diagnóstico situacional

El Diagnóstico Situacional (DS) es la recopilación de la información de base que sirve como una suerte de fotografía de la realidad local, desde la cual se parte para tener una primera visión de los aspectos que permiten caracterizar a la población y la problemática social y de la salud en el espacio territorial correspondiente. Este es un ejercicio de investigación y levantamiento de información, y es una parte fundamental del ASIS como metodología de trabajo en la relación salud – sociedad.

Este diagnóstico requiere contar con información -cualificada- y análisis de los determinantes sociales de la salud a nivel biológico, económico, social, cultural y ambiental que inciden en la calidad de vida y en los procesos individuales y colectivos de la salud. El propósito básico del DS es caracterizar y analizar la información para posteriormente incidir en las causas básicas de la relación salud-enfermedad. El DS está compuesto por varios bloques temáticos que proporcionan una organización y orden lógico que da una estructura estándar y definida al DS.

Directrices generales

El Diagnóstico Situacional comprende el levantamiento organizado y participativo de la información, y el análisis de las determinantes sociales de la salud que son insumos para la identificación de problemas, prioridades que sirven para formular el Plan Local de Salud. El levantamiento de la información en el DS implica la revisión de las fuentes documentales que contienen datos del territorio, así como el recoger información de actores clave de la población. El nivel central, así como las zonas y distritos facilitaran a los equipos de atención integral de salud la información estadística nacional dispuesta en las bases de datos (INEC, SIISE, GEOSALUD, etc.) en caso que no puedan acceder

a dichas información o bases de datos desde los establecimientos de salud.

Segunda fase: conformación o fortalecimiento del comité local de salud

Uno de los aspectos fundamentales de la implementación del ASIS y sus diferentes fases es la dinamización de la participación ciudadana en los procesos de planificación, gestión y contraloría social. En muchos casos ya están conformados los comités locales de salud y tienen experiencias muy positivas en su participación y coordinación con los establecimientos de salud, por lo que en esta fase se plantea realizar un análisis de la conformación, su funcionamiento, identificación de acciones para el fortalecimiento de la participación.

En los casos en los que no están conformados, es importante que se facilite y apoye su conformación, garantizando total autonomía. ¿Qué es el Comité Local de Salud? El comité local de salud es una instancia de participación ciudadana conformada por representantes de las y los actores y organizaciones comunitarias elegidos de manera democrática y cuentan con el aval de la comunidad. Para la conformación del CLS se debe garantizar la alternancia, equidad en la representación de los actores y organizaciones sociales (género, cultural, étnica, y grupos de edad). El CLS establece en consenso con sus integrantes la estructura, período de funciones y los mecanismos de su funcionamiento interno, así como la periodicidad de reuniones.

Estas definiciones deben formalizarse en actas suscritas por sus miembros/as. Elegir la directiva que puede estar conformada por un/a Coordinador, secretario/a, comisiones temáticas El CLS generará informes para evidenciar una actuación transparente. La periodicidad de presentación del informe de gestión será de dos veces al año. ¿Qué funciones tienen el Comité Local de Salud? Participar en la elaboración del Diagnóstico Situacional, elaboración, implementación y seguimiento del Plan Local de Salud. Coordinar con los equipos de salud y

participar en las actividades de promoción de la salud en la comunidad. Fortalecer y/o apoyar la constitución de organizaciones locales de salud como organizaciones juveniles, adultos mayores, comités de usuarios/as.

Participar con representantes en la Asamblea Distrital o instancia distrital de salud y en las instancias de participación parroquial y/o cantonal. Las asambleas locales son parte de la organización para la participación ciudadana; estas asambleas se desarrollan en los diferentes espacios territoriales en torno a los gobiernos parroquiales, cantonales, provinciales.

El Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización (COOTAD) plantea que las asambleas son las máximas instancias de participación ciudadana. Incidir en los planes de desarrollo territorial (PDOTs) para la incorporación de los lineamientos del Plan Local y Distrital de Salud. Apoyar o dinamizar la coordinación y articulación intersectorial para incidir sobre el desarrollo local y el mejoramiento de la calidad de vida de la población. EL CLS establecerá mecanismos para recoger las sugerencias y aportes de los integrantes de la comunidad como asambleas, buzones de sugerencias, etc.

Tercera fase: socialización del diagnóstico situacional, validación y elaboración del plan local de salud

En esta fase es fundamental el trabajo con la población. Para esto se realiza una convocatoria ampliada para devolver y validar el Diagnóstico Situacional (DS) con la comunidad. Este paso de la socialización y validación del DS debe contener en su agenda, como segundo punto, la conformación del Comité Local de Salud (CLS) en los sitios donde no esté conformado, o sí está conformado revisar la actividad del mismo. La función del CLS es impulsar la participación de la ciudadanía en las acciones encaminadas a mantener la salud, a modificar los determinantes de la salud y a efectuar acciones coordinadas con los equipos para intervenir en situaciones emergentes; esto conlleva desarrollar ac-

ciones de corresponsabilidad en la gestión de la salud. El CLS estará conformado por representantes de la comunidad o población, de organizaciones sociales, de los organismos del Estado con trabajo en el sector, GADs locales. Con el DS que ha sido revisado y analizado, y en el contexto de esa convocatoria (Anexo: agenda tipo para esta parte del proceso) se identifica y prioriza los problemas de salud.

Esta identificación de dichos problemas se hace de manera participativa entre la población y el equipo de salud en el que se debe llegar a acuerdos respecto a la definición de los problemas y las prioridades. Esta identificación de los problemas y prioridades es el insumo para la formulación del Plan Local de Salud como herramienta y respuesta concreta para enfrentar los problemas identificados, o también para potenciar aquellos factores que pueden ayudar a mejorar la calidad de vida. La identificación de los problemas a partir del DS y la metodología para priorizar los mismos se describen en detalle en el MAIS (MSP, MAI, 2013: 181-182) y se sintetizan más abajo en la matriz para la priorización del problema.

En un segundo momento, luego de esta actividad de socialización, validación e identificación de prioridades, el CLS junto con el Equipo de Atención Integral de Salud (EAIS) se encargará de formular el Plan Local de Salud. El PLS, es una herramienta que permite programar de manera sistemática las intervenciones orientadas a mejorar la condición de vida de la población dando respuesta y proponiendo soluciones posibles a las demandas de salud. La aplicación del PLS, demanda la integración de los diferentes actores sociales e institucionales en la solución de los problemas o demandas que se dan en el territorio.

En el desarrollo del PLS no solo compromete la intervención de los actores que tienen competencia en la solución de los problemas identificados, por ejemplo, el de la infraestructura sanitaria que puede desarrollar el GAD, MIDUVI o alguna otra institución competente; sino interviene, también, el equipo de atención integral de salud con la responsabilidad de dinamización y apoyo al proceso.

En este sentido, el PLS cuenta con una planificación en la que se incorpora las actividades que dan respuesta a los problemas identificados y que tiene que ver con los actores sociales e institucionales del medio y se incluye, también, las actividades de los EAIS relacionados a solución de la problemática a partir de la cual se construye el PLS. Ejemplo, si se evidencia que la primera causa de enfermedad en determinado lugar son las EDAs, y que el análisis de DSS identifica la causa última la no disponibilidad de agua segura como consecuencia de contaminación de fuentes de agua, de no contar con la infraestructura adecuada y de no tener una planta de tratamiento o potabilización; entonces, sería tarea del CLS definir los contenidos del PLS en coordinación con los responsables técnicos y políticos del GAD local y agilizar la ejecución del PLS. Paralelamente, dentro del PLS se puede plantear la intervención de los EAIS para desarrollar acciones de prevención y promoción de la salud.

Directrices generales

La socialización del DS comprende la convocatoria a la población para informar de los resultados del DS. Dicha convocatoria debe realizarse a través de las autoridades locales junto con los EAIS. La convocatoria debe ser lo más amplia posible, tomando en cuenta a los diferentes sectores de la población.

Esta convocatoria debe comprender tres puntos principales: la información o socialización del DS, la identificación y priorización de problemas, y la conformación del Comité Local de Salud que serán los responsables de formular y ejecutar el PLS. El CLS será el encargado de formular el PLS y se elaborará a partir del DS que, como se recordará, es construido y validado con la población. Los CLS deben tener el aval de la comunidad o población y ser elegidos democráticamente. Tomar en cuenta el período para el que se prevé ejercer las funciones dentro de CLS; la alternancia, equidad en general y equidad de género en particular. El CLS generará informes para evidenciar una actuación transparente.

La periodicidad de presentación del informe de gestión será de dos veces al año. EL CLS estará abierto a las sugerencias de la población. Una vez realizada la socialización, se procederá conjuntamente con la población a identificar las prioridades del territorio.

Cuarta fase: implementación, acompañamiento y seguimiento del plan local de salud

Una vez definido el PLS, se implementa con la intervención directa de los actores sociales, el Comité Local de Salud, los equipos de salud y las instituciones estatales, como privadas, etc. que se comprometen en el PLS a desarrollar actividades que favorecen la salud de la población. La implementación del PLS requiere de un proceso sostenido de ejecución para que el mismo se pueda concretar. En esta fase es importante tomar en cuenta las necesidades que se presenta en la implementación, pero también los logros y avances en la gestión del Plan.

El seguimiento al proceso es muy importante porque permite verificar el cumplimiento del PLS, los tiempos establecidos, y en general los compromisos concretados o en los que tengan dificultades. Vale recordar que el quienes llevan adelante el PLS es el Comité Local de Salud en coordinación con los equipos de salud. El acompañamiento al proceso se lo hace a diferentes niveles; por una parte el equipo designado del establecimiento de salud con apoyo de la Dirección Distrital a través de los responsables de la Unidad Distrital de Promoción de la Salud y de Provisión de Servicios. Las actividades planificadas e implementadas tendrán el seguimiento de la población a través del Comité de Salud Local y de otras iniciativas que desarrolle la población (veedurías específicas).

Directrices Generales

La implementación y seguimiento del PLS es responsabilidad del CLS y de los equipos locales de salud, así como la coordinación con los otros actores involucrados en la ejecución de las actividades planificadas (instituciones, organizaciones, personas) El CLS establece la periodicidad

de seguimiento del cumplimiento del PLS (trimestral, semestral) dependiendo de las necesidades locales y elabora informes de seguimiento.

Cada establecimiento de salud de Atención de Primer Nivel (A-B-C), debe tener un respaldo físico y digital de Plan Local de Salud, así como una herramienta de seguimiento. El equipo de salud debe apoyar al seguimiento y evaluación de la aplicación del PLS. - Mantener informado de la aplicación del PLS a los responsables distritales. En el Distrito, se deben revisar los planes y establecer el mecanismo de seguimiento y acompañamiento al proceso en lo local. Verificar el cumplimiento del PLS a través de una lista de chequeo que contemple: las actividades desarrolladas, el tiempo, los compromisos cumplidos o incumplidos y revisión de los mecanismos de verificación que pueden ser, por ejemplo, la asignación de presupuesto, la inclusión en los Planes de Desarrollo y Ordenamiento Territoriales (PDOTs), la constatación de avance de obras, registros varios (entrevistas, fotografías, etc), es decir, lo que permita evidenciar los avances y el cumplimiento del plan.

Esta verificación del avance de cumplimiento del PLS, se debe comunicar a la Dirección del Establecimiento y a los responsables de la Dirección Distrital. La periodicidad del reporte, se establecerá a partir de los tiempos establecidos para cada actividad en el PLS. A partir de estos datos se hará un pequeño informe (conciso) de avance de la aplicación del PLS. En el caso de que el PLS no se esté cumpliendo se debe promover una reunión con los miembros del CLS, para plantear soluciones a los problemas presentados. Cada seis meses, se debe promover que el CLS rinda cuentas de la ejecución del PLS.

Quinta fase: actualización en base al diagnóstico dinámico en el contexto de la sala situacional

En el DS, se genera la información de base que debe ser actualizada de manera sistemática y permanente con información relevante y útil para la gestión social de la salud. Esta continuidad es necesaria por varias razones:

La primera porque las condiciones sociales y el contexto de salud varían constantemente a lo largo del tiempo, y es una condición propia de la dinámica social.

La segunda, ya que es necesario observar y medir los cambios que se producen a lo largo del tiempo, pero también porque es necesario observar los cambios que se generan con la aplicación del PLS, igualmente, de manera periódica.

La tercera puesto que es importante que para dar continuidad, sea una herramienta de uso obligatorio para el nuevo personal de salud. (19)

1ª Edición

Enfermería en **Salud Familiar y Comunitaria**

CAPÍTULO IV

PROGRAMAS, GUIAS, PROTOCOLOS
DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



4.1. Programas y campañas del MPS

Programas del Ministerio de Salud Pública

- Programa de Control de los Desórdenes por Deficiencia de Yodo (DDI)
- Programa Ampliado de Inmunizaciones, PAI
- Estrategia Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA-ITS
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición – ENSANUT
- Atención integral por ciclos de vida
- Detección e intervención temprana de los trastornos del desarrollo
- Detección temprana y escolar de discapacidades auditivas en el Ecuador
- Disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos – DAIA
- Programa Nacional de Sangre
- Programa de Prevención Integral del uso y consumo de drogas en los espacios laborales
- Capacitaciones (20)

4.1.1. Programas del control de los desórdenes por deficiencia de yodo

Objetivo

Proteger a la población de los Desórdenes por Deficiencia de Yodo – DDI, mediante el aseguramiento de la calidad de la sal para el consumo humano, de acuerdo a la guía de manejo de Programas para los DDI publicada por la OMS/OPS, ICCIDD y el UNICEF (World Health Organization, 2001-2007).

Normas de Control del Programa

- Nivel de yodo en la sal de expendio: >15 ppm en el 99% de las muestras recolectadas (OMS).
- Nivel de Yodurias con una mediana entre 100- 200 µg/l (OMS).
- Vigilancia epidemiológica activa mediante encuestas de consumo de sal yodada (>99% consumo) (OMS).
- Control a puestos centinela (lugares con alta incidencia de apa-

rición de DDI).

- Control a puestos focales (lugares donde por la situación geográfica o económica no se asegura el consumo de sal yodada).
- Educación y comunicación sobre la importancia del consumo de sal yodada.
- Situación actual
- El nivel de yodo en la sal que se expendió en tiendas a nivel nacional fue >15 ppm en el 99% de la población.
- La presencia de yodo en orina (yodurias) alcanzó una mediana de $171.8 \mu\text{g/l}$, que se encuentra dentro del rango normal.
- El nivel de consumo de sal yodada en el país fue del 98%, medido mediante encuestas de consumo de sal yodada.
- En este período se produjeron 95.600 toneladas métricas, la mitad de esta disponibilidad nacional alcanzó la mesa de los consumidores.
- Se realizaron actividades de comunicación y promoción de la salud de manera permanente, también se celebró el Día Nacional del Yodo en todas las provincias el 4 de abril, mediante ferias, charlas, conferencias, cuñas radiales, degustación de alimentos preparados con sal yodada, fiestas, etc.
- Se redujo en el mercado nacional la presencia de sal importada a menos del 2%.
- Se intensificaron los controles a raíz del hallazgo de sal en grano en ciertas poblaciones.

Conclusiones y Recomendaciones de la Evaluación Externa:

- a. El país tiene bajo control las deficiencias de yodo, gracias a la cobertura del programa de yodación y el contenido medio de yodo en la sal.
- b. El programa de prevención y control de los Desórdenes por Deficiencia de Yodo ha continuado siendo exitoso y actualmente se debe mantener y mejorar las condiciones de funcionamiento.
- c. La producción de sal es suficiente para cubrir las necesidades del país.

- d. Más del 90% de la sal que circula en el país presenta contenidos de yodo que satisfacen los requerimientos diarios de este nutriente para la población.
- e. Las plantas de producción cuentan con sistemas de aseguramiento y control de la calidad, sin embargo plantas pequeñas deben recibir apoyo para mejorar sus procesos de producción y control, así como el desempeño de sus laboratorios analíticos.
- f. El ingreso de sal importada es bajo, sin embargo se deben realizar jornadas de barrido en los sitios de expendio y tiendas cercanas a los sitios fronterizos para confiscar productos que no cuenten con el registro sanitario correspondiente.
- g. El diseño del Sistema de Vigilancia Epidemiológico debe ser revisado y actualizado de acuerdo a la situación epidemiológica del país. Proponiéndose un sistema sencillo y ágil, con la representatividad necesaria para la toma de decisiones, que permita tener informados a los productores de sal, las autoridades en los diferentes niveles de gestión del programa y orientar las políticas públicas en la materia. (21)

4.1.2. Estrategia nacional de prevención y control de VIH/SIDA-ITS

La Estrategia Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA-ITS (EN-VIH), lidera procesos de políticas sanitarias en conjunto con la respuesta nacional al VIH, en base a la evidencia científica y el perfil epidemiológico nacional, promoviendo el respeto a los derechos humanos y eliminando el estigma y la discriminación.

Fortalecer y estandarizar los servicios de salud con una atención integral en VIH, en la prevención y atención médica de calidad del sistema de salud, que permita una respuesta efectiva a la epidemia de VIH y contribuya a la disminución de mortalidad por sida; mejorando la calidad de vida de las personas que viven con VIH en el Ecuador.

Objetivo General

Contribuir a la disminución de la velocidad de crecimiento de la epidemia alineada a las estrategias mundiales del VIH y del Plan Estratégico Nacional Multisectorial 2018-2022 (PENM), fortaleciendo e implementando políticas sanitarias desde el MSP/ENVIH, que garanticen desde un enfoque de género y derechos humanos el acceso universal a la promoción, prevención y atención integral, así como la equidad, la inclusión, la interculturalidad y la igualdad de oportunidades para las personas que viven con VIH (PVV) en el Ecuador.

Objetivos específicos

- Asegurar el acceso de la población general, la población clave, las mujeres y la población joven a las acciones de promoción de la salud sexual y la prevención de la transmisión de VIH/ITS, articulando a los planes del MSP y sectoriales.
- Mejorar el diagnóstico temprano de VIH y la calidad de atención para optimizar su vinculación y adherencia al tratamiento de las PVV.
- Garantizar los derechos humanos y reducir el estigma y discriminación a las personas viviendo con VIH (PVV), población clave y grupos de atención prioritaria.
- Fortalecer la articulación de la Red Pública Integral de Salud (RPIS), Red Complementaria (RC) y Comunitaria, para garantizar la atención integral a las PVV.
- Fortalecer los sistemas de información de vigilancia epidemiológica, Monitoreo y Evaluación de los servicios de salud en VIH/SIDA-ITS.

Líneas estratégicas

- Aseguramiento de la promoción de la salud y la prevención del VIH/SIDA-ITS.
- Garantía de la atención integral en la salud de personas viviendo con VIH/SIDA-ITS.
- Derechos Humanos, estigma y discriminación.

- Fortalecimiento de la Gobernabilidad y multisectorialidad de la respuesta nacional al VIH/SIDA-ITS.
- Fortalecimiento de los sistemas de información de vigilancia epidemiológica, monitoreo y evaluación de los servicios de salud.

Informaciones más relevantes realizadas y programadas para el año por Líneas Estratégicas

Aseguramiento de la promoción de la salud y la prevención del VIH/SIDA-ITS

- Tamizajes VIH: Población general, Grupos de Población Clave y Grupos prioritarios.
- Tamizajes de Hepatitis B y C.
- Tamizajes de Sífilis.
- Aplicación del Kit para la Eliminación de la transmisión materno infantil de VIH (ETMI).
- Aplicación de la vacuna de hepatitis B a mujeres en edad fértil y niños.
- Profilaxis de VIH post exposición laboral y no laboral.

Garantía de la atención integral en la salud de personas viviendo con VIH/SIDA-ITS

- Atención médica y tratamiento antirretroviral (TARV) a 30.123 (adultos) 891 (niños) PVVs.
- Existen 45 Unidades de Atención Integral (UAI), en 22 provincias a nivel nacional.
- Apertura de 3 nuevas UAIs: Quinindé, San Lorenzo y Guaranda.
- Cobertura a PVVs en líneas de TARV (1ra. Línea – 78%, 2da. Línea – 12%, 3ra. Línea – 5%, Pediátrico – 3%, Rescate – 1%).
- Actualización de la Guía Práctica Clínica para la Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niño, adolescentes y adultos, 2019.
- Plan de Transición de ARV.
- Plan de Desconcentración de Carga Viral.

- Manual de adherencia de PVVs y Plan de adherencia al tratamiento antirretroviral.
- Protocolo de manejo de Hepatitis virales B y C.
- Actualización de la Estrategia Nacional para la Eliminación de la transmisión materno infantil del virus de la inmunodeficiencia humana VIH, sífilis, hepatitis b y la enfermedad de Chagas en el Ecuador (ETMI Plus) 2019-2023.
- Actualización de los lineamientos para la entrega de sucedáneos de leche materna a los expuestos perinatales de las UAI-VIH, con la asesoría de médicos pediatras infectólogos y miembros del Comité Nacional de Médicos.
- Protocolo de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), en proceso de validación.
- Conformación de la mesa temática de atención a PVV del MSP y nacional.

Derechos Humanos, estigma y discriminación

- Desarrollo de estudios y guías
- Escuela de Defensores Comunitarios en Derechos Humanos.
- Diseño de ruta crítica de participación de organizaciones de la sociedad civil que trabajan en población clave para fortalecer la contratación social y la transición del Fondo Mundial.
- Diagnóstico situacional de la garantía de los derechos humanos, actualización de las plataformas de capacitación existentes en DDHH del MSP, la Defensoría del Pueblo (DPE), el Ministerio de Trabajo (MT), el Consejo de la Judicatura (CJ), el Ministerio de Educación (ME) y la Escuela de Defensores de Derechos (ED) del Sistema de Protección de Derechos de las Personas Afectadas por el VIH (SPD); plan de capacitación y capacitación de estas instituciones.
- Desarrollar e implementar una campaña de información, educación y comunicación en el nivel comunitario apoyada en redes sociales que acompañe la implementación de la estrategia de promoción y prevención del VIH en el MAIS. 2020.

- Guía de Consejería de Pares comunitarios para personas que trabajarán con personas que viven con VIH en el Ecuador.

Actualización de normativa

- Articulación para la actualización del Manual de Atención Integral en salud en personas que ejercen el trabajo sexual.

Material comunicacional

- Coordinación con el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) en el desarrollo de material comunicacional referente a violencia de género y servicios del MSP.
- Desarrollo de material comunicacional referente a la atención integral en VIH y COVID.

Violencia sexual

- Capacitación virtual a profesionales de salud, en el proceso de atención en personas víctimas de violencia sexual, como parte de la Norma Técnica de Atención Integral a personas víctimas de violencia basada en género y graves violaciones a los derechos humanos.
- Implementación del kit profiláctico (kit púrpura) para la prevención de infecciones de transmisión sexual con énfasis en VIH, en 203 establecimientos de salud responsables de la atención a personas víctimas de violencia sexual a nivel nacional.
- Fortalecimiento de la Gobernabilidad y multisectorialidad de la respuesta nacional al VIH/SIDA-ITS, en el marco de la participación ciudadana: definición y control social de las políticas, planes y proyectos de respuesta integral en políticas de Salud a la epidemia del VIH.

Mejorar la participación de todos los actores que realizan acciones en VIH/sida, en el marco de la implementación del CEMSIDA para incrementar la respuesta nacional al VIH/Sida, tomando como base el Plan Estratégico Nacional Multisectorial – PENM 2018-2022 con énfasis en

promoción y prevención de la salud.

- Diseñar un nuevo modelo de funcionamiento del CEMSIDA / Acuerdo Ministerial 2012, incluya el plan estratégico y su financiamiento en concordancia con el PENM y defina el modelo de M&E de los compromisos presupuestarios en los diferentes niveles de gestión.
- Creación de la secretaria técnica del CEMSIDA.
- Creación de mesas temáticas del sistema de vigilancia epidemiológica.
- Creación de mesa temáticas de Monitoreo y Evaluación.
- Creación de mesas temáticas de VIH a nivel de las Coordinaciones Zonales.
- Plan de M&E del PENM.
- Evaluación de medio – termino de PENM/ Plan de transición.
- Observatorio de VIH.

Fortalecimiento de los sistemas de información de vigilancia epidemiológica, monitoreo y evaluación de los servicios de salud

- Actualización de la Guías de Vigilancia epidemiológica de VIH.
- Estudio de prevalencia de VIH e ITS en HSH, mujeres TRANS y trabajadoras sexuales en el Ecuador.
- Estudio de resistencia de ARV.
- Estudio de genotipificación de Hepatitis virales B y C.
- Conformación de la mesa temática de vigilancia de la RPIS.
- Sistema de Información – PRAS (Plataforma de Registro de Atenciones en Salud)

Módulo de VIH

- Vinculación, diagnóstico y seguimiento de casos VIH.
- Mujeres embarazadas y expuestos perinatales.
- Seguimiento TARV, CV y CD4.

Módulo de Tamizaje

- Consentimiento informado.
- Tamizajes VIH: Población general, Grupos de Población Clave y Grupos prioritarios.
- Incorporación de campañas de tamizaje para los procesos en territorio.
- Integración de los módulos de Tamizaje y VIH conforme el algoritmo de captación de casos que evita que los casos reactivos se pierdan y se pueda realizar un seguimiento adecuado a nivel nacional. (22)

4.1.3. Encuesta nacional de salud y nutrición – ENSANUT

Las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición tienen un diseño similar que permite contar con un panorama comparable sobre la salud de la población mexicana a lo largo del tiempo, con representatividad por áreas urbanas y rurales; por regiones del país y por entidad federativa. Por ello es muy importante su participación ya que la información generada por esta encuesta permitirá identificar avances y retos, así como definir las prioridades de salud y nutrición para los próximos años. Asimismo, servirá como base para evaluar el impacto en el mediano y largo plazo de la pandemia sobre la salud de la población y la atención de los servicios de salud. (23)

4.2. Guías del ministerio de salud publica

Guías de práctica Clínica 2013

- Diagnóstico y tratamiento nutricional del paciente pediátrico y adolescente con fenilcetonuria
- Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto
- Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente
- Fibrosis quística
- Transfusión de sangre y sus componentes
- Trastornos hipertensivos del embarazo

- Lupus eritematoso sistémico (LES)
- Tratamiento nutricional del paciente pediátrico y adolescente con galactosemia
- Infección de vías urinarias del embarazo
- Diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente con enfermedad del Gaucher tipo I
- Adultos y adolescentes con infección por VIH/SIDA
- Materno infantil del VIH y Sífilis congénita y de atención integral de niños/as con VIH/SIDA

Guías de práctica Clínica 2014

- Alimentación y nutrición de la mujer gestante y de la madre en periodo de lactancia
- Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo
- Cuidados paliativos
- Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo (pre-gestacional y gestacional)
- Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la hiperplasia suprarrenal congénita
- Diagnóstico y tratamiento de la infección vaginal
- Guía de cuidados paliativos para el ciudadano
- Diagnóstico y tratamiento del paciente con osteogenesis imperfecta
- Salud de adolescentes

Guías de práctica Clínica 2015

- Atención del parto por cesárea
- Caries
- Recién nacido prematuro
- Sepsis neonatal
- Diagnóstico y tratamiento del hipotiroidismo congénito
- Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato
- Atención del aborto terapéutico
- Ruptura prematura de membranas pretermino

Guías de práctica Clínica 2016

- Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis
- Trauma dental
- Recién nacido con dificultad para respirar
- Control prenatal
- Tratamiento odontológico en embarazadas
- Trastornos hipertensivos del embarazo
- Dolor lumbar
- Diagnóstico y tratamiento del acné
- Artritis reumatoidea
- Diagnóstico y tratamiento de la hemofilia congénita
- Prevención, diagnóstico y tratamiento de la alergia a la proteína de la leche de vaca

Guías de práctica Clínica 2017

- Trastornos del espectro autista en niños y adolescente: detección y diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento
- Neumonía adquirida en la comunidad en pacientes de 3 meses a 15 años
- Diabetes mellitus tipo 2
- Tratamiento del dolor oncológico en adultos
- Anomalías de inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales
- Linfoma de Hodgkin en adultos
- Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos

Guías de práctica Clínica 2018

- Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis
- Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica

Guías de práctica Clínica 2019

- Encefalopatía hipoxia isquémica del recién nacido
- Hipertensión arterial

- Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos (24)

4.2.1. Guía de hipertensión 2019

Definición, fisiopatología e historia natural de la hipertensión arterial

La categorización de los valores de corte de la TA es de utilidad universal, tanto para simplificar el enfoque del diagnóstico como para facilitar la decisión sobre el tratamiento. La HTA se define como valores ≥ 140 mmHg TAS y/o ≥ 90 mmHg TAD. La evaluación inicial de un paciente con HTA debe confirmar: - El diagnóstico de hipertensión. - Detectar causas de HTA secundaria. - Evaluar el riesgo cardiovascular (CV), daño de órgano blanco y las condiciones clínicas concomitantes.

Esto requiere la medición correcta de la TA, historia clínica completa (anamnesis y examen físico), exámenes de laboratorio y otras pruebas complementarias. Algunas de los exámenes son necesarios en todos los pacientes; otros, sólo en grupos específicos de pacientes.

Fisiopatología

Diversos factores están implicados en la fisiopatología de la hipertensión arterial esencial. El elemento básico es la disfunción endotelial y la ruptura del equilibrio entre los factores vasoconstrictores (principalmente endotelinas) y los vasodilatadores (principalmente óxido nítrico). Además, contribuyen a lo anterior diversos factores hormonales y el síndrome anémico. Las endotelinas (ET) son factores vasoconstrictores locales muy potentes, cerca de 10 a 100 veces más poderosos que la angiotensina II.

Las ET ejercen diversas acciones: sobre el tono vascular, la excreción renal de sodio y agua y la producción de la matriz extracelular. Se ha descrito disfunción del sistema de las ET en estados de proteinuria crónica, en la acumulación de matriz extracelular glomerular e intersticial,

así como en la nefropatía diabética, en la glomerulopatía hipertensiva y en otros tipos de glomerulonefritis.

Los efectos biológicos de las ET difieren de acuerdo a su concentración en el seno de cada tejido. Están implicadas en el proceso de remodelamiento vascular y de regulación de la proliferación celular produciendo hiperplasia e hipertrofia del músculo liso vascular. Sistema Renina Angiotensina Aldosterona (SRAA): se trata de un sistema complejo, que comprende una serie de proteínas y 4 angiotensinas (I, II, III y IV), además de sus acciones propiamente vasculares, induce estrés oxidativo a nivel tisular, el que produce tanto cambios estructurales como funcionales, especialmente disfunción endotelial, que configuran la patología hipertensiva.

Las acciones de la angiotensina II incluyen: contracción del músculo liso vascular arterial y venoso, estimulación de la síntesis y secreción de aldosterona, liberación de noradrenalina en las terminaciones simpáticas, modulación del transporte del sodio (Na) por las células tubulares renales, aumento del estrés oxidativo por activación de oxidasas NADH y NADPH dependientes, estimulación de la vasopresina/ADH, estimulación del centro dipsógeno en el sistema nervioso central, antagonismo del sistema del péptido atrial natriurético-natural (PAN) y tipo C (PNC), incremento de la producción de endotelina (ET1) y de prostaglandinas vasoconstrictoras (TXA₂, PF2 α).

La angiotensina II (AII) y la aldosterona juntas poseen acciones no hemodinámicas como:

1. Aumento del factor de crecimiento endotelial vascular (FCEV) con actividad proinflamatoria, estimulación de la producción de especies reactivas de oxígeno nefrotóxicas, incremento de la proliferación celular y de la remodelación tisular, con aumento de la síntesis de citoquinas profibróticas y factores de crecimiento y reducción de la síntesis del ON y del PAN.
2. Incremento el tejido colágeno a nivel cardíaco y vascular, por

inhibición de la actividad de la metaloproteinasa (MMP1) que destruye el colágeno e incremento de los inhibidores tisulares específicos de la MMP1. El resultado es el incremento del colágeno 3 en el corazón y vasos sanguíneos de los pacientes hipertensos. Estos efectos son mediados por el aumento de la expresión del factor de crecimiento tumoral beta 1 (FCT β 1).

3. Acción estimulante sobre el factor de crecimiento del tejido conectivo (FCTC). Se han descrito dos enzimas convertidoras de angiotensina (ECA): la ECA1, que es la enzima fisiológica clásica y la ECA2 que es la enzima que lleva a la formación de la A1-7, deprimida en algunos pacientes con HTA.

El remodelamiento vascular estimulado por el SRAA, es diferente en las arterias grandes y en las pequeñas. En el primer caso, se trata de una remodelación hipertrófica; en el segundo, de una remodelación eutrófica.

Hormonas gastrointestinales: algunas presentan acción vasoconstrictora (coherina) y otras vasodilatadoras (péptido intestinal vasoactivo [PIV], colecistokinina [CCK], sustancia P, bombesina, endorfinas y los eicosanoides). Existe la posibilidad de que estas hormonas contribuyan a la regulación de la presión arterial, regulación que se perdería en la HTA esencial.

Debido a esto, se piensa que debe existir una cierta asociación entre las patologías funcionales digestivas con la HTA. Rol de la anemia en la HTA: la hemoglobina es renoprotectora. La disminución de la hemoglobina promueve fibrosis intersticial renal, que puede llevar a una enfermedad renal crónica (ERC) hipertensiva. Existe una probable estimulación del SRAA a la vía de las caspasas, que son enzimas proapoptóticas sobre las células eritropoyéticas y vasoconstrictoras, por un bloqueo del ON.

Aspectos que cubre esta guía de práctica clínica (GPC)

La presente guía cubre con los aspectos relacionados con: prevención, diagnóstico, tratamiento, y seguimiento de los pacientes con hipertensión arterial.

Prevención:

- Factores de riesgo.
- Evaluación de riesgo cardiovascular.
- Recomendaciones sobre hábitos y prácticas de vida saludables.
- Tamizaje. Diagnóstico:
- Cómo se mide correctamente la TA.
- Criterios diagnósticos de HTA.
- Clasificación de la HTA.
- Actividades que se deben hacer en pacientes recién diagnosticados de HTA.
- Tratamiento:
- Farmacológico.
- No farmacológico.

Seguimiento:

- Exámenes complementarios para prevención de daño de órgano blanco.
- Criterios de referencia y contrareferencia.
- Metas del control de la TA. Aspectos que no cubre esta guía de práctica clínica (GPC)
- Hipertensión arterial secundaria.
- Hipertensión gestacional.
- Hipertensión en niños.
- Emergencia hipertensiva.
- Aspectos organizativos o modelos de atención requeridos para poner en práctica las recomendaciones, para lo cual se puede revisar el Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAISF-CI). (25)

4.3. PCT (Programa de control de la tuberculosis)

Instancia del sector salud, cuyo propósito es prevenir la transmisión de la Tuberculosis y las Enfermedades respiratorias, reduciendo su incidencia, prevalencia y mortalidad, para la detección, atención y seguimiento oportuno del paciente y sus contactos, en el marco de la Estrategia alto a la tuberculosis, facilitando el acceso y uso de los servicios de salud, en coordinación y cooperación interinstitucional e interagen- cial involucrando a todos los sectores de la población.

Programa fortalecido que logra prevenir y controlar la Tuberculosis y las Enfermedades Respiratorias a través de la estrategia Alto a la Tu- berculosis y la participación activa de la población con conocimien- tos sobre los mecanismos de transmisión, contando con una efectiva coordinación y conciliación interinstitucional y sectorial, desarrollando un trabajo sistemático y consistente, en relación a la magnitud de la enfermedad y objetivos del programa.

Objetivos

General: Interrumpir la cadena de transmisión de enfermo a sano me- diante el diagnóstico oportuno y la correcta aplicación del tratamiento a los enfermos de tuberculosis que se descubran a partir de los sinto- máticos respiratorios, los contactos y otros.

Específicos:

- Fortalecer las actividades preventivas de promoción, detección, tratamiento oportuno, recuperación y seguimiento del paciente con tuberculosis y sus contactos en el marco de la estrategia Alto a la Tuberculosis.
- Reducción progresiva, creciente y continua de la morbi-mortali- dad por Tuberculosis cumpliendo las metas operacionales esta- blecidas para el diagnóstico y tratamiento de los casos.
- Reducir la Incidencia y la transmisión de la Tuberculosis con quimioterapia acertada estandarizada.
- Reducir la Mortalidad causada por la Coinfección TB/VIH.

- Estandarizar el tratamiento a pacientes con enfermedad respiratoria (Asma, Neumonía y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica -EPOC) en mejora de la detección y calidad del diagnóstico de la Tuberculosis.
- Reducir la mortalidad causada por la Tuberculosis Multirresistente.

Estrategias para lograr el control de las tuberculosis: En la lucha contra la tuberculosis el Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades implementa la Estrategia Mundial “ALTO A LA TUBERCULOSIS” la cual la conforman seis componentes y sus medidas de aplicación son:

Proseguir la expansión de un DOTS/TAES de calidad y mejorarlo

- a. Compromiso político para garantizar una financiación aumentada y sostenida.
- b. Detección de casos mediante pruebas bacteriológicas de calidad garantizada.
- c. Tratamiento normalizado, con supervisión y apoyo al paciente.
- d. Sistema eficaz de suministro y gestión de los medicamentos.
- e. Sistema de vigilancia y evaluación, y medición del impacto.

Hacer frente a la tuberculosis/VIH, la tuberculosis multirresistente y otros problemas

- a. Implementar actividades en colaboración en materia de tuberculosis/VIH.
- b. Prevención y control de la tuberculosis multirresistente.
- c. Abordar el caso de los presos, los refugiados y otros grupos de riesgo o en situaciones especiales.

Contribuir a fortalecer el sistema de salud

- a. Participar activamente en los esfuerzos encaminados a mejorar las políticas sistémicas, los recursos humanos, la financiación, la gestión, la prestación de servicios y los sistemas de información.

- b. Compartir las novedades que refuercen los sistemas, en particular el Enfoque Práctico de la Salud Pulmonar.
- c. Adaptar las novedades surgidas en otras áreas.

Involucrar a todos los proveedores de salud

- a. Fórmulas de colaboración dentro del sector público, y entre éste y el sector privado.
- b. Normas internacionales para la atención a los enfermos de tuberculosis.

Empoderar a los afectados por la tuberculosis y a las comunidades

- a. Promoción, comunicación y movilización social.
- b. Participación de la comunidad en la atención antituberculosa.
- c. Estatutos del Paciente para la atención antituberculosa.

Posibilitar y promover la realización de investigaciones

- a. Investigación operacional basada en los programas.
- b. Investigaciones de desarrollo de nuevos medios de diagnóstico, medicamentos y vacunas.

Así como también las siguientes estrategias que contribuyen al control de dicha enfermedad:

- Fortalecimiento técnico del recurso humano en los diferentes niveles.
- Fortalecimiento de la red de laboratorios con recurso humano y equipamiento, control de calidad de baciloscopías.
- Actividades de abogacía, comunicación y movilización social.
- Gestión y ejecución de proyectos para fortalecer el control de la tuberculosis.

Componentes:

- Asistencia médica, diagnóstico, capacitación y normalización.
- 2. Monitoreo y evaluación.
- 3. Vigilancia epidemiológica e investigación.

- 4. Información, educación y comunicación.
- 5. Gestión, administración y desarrollo.

Metas:

- Detectar por lo menos el 90% de los casos bacilíferos (Bk+).
- Curar por lo menos al 86% de los casos Bk+.
- Implementación y operativización de la Estrategia TAES dentro del marco de la Estrategia “ALTO A LA TUBERCULOSIS” en sus seis componentes en el 100% de los servicios del sector salud.
 - Detección e investigación del 100% de los sintomáticos respiratorios.
- Alcanzar una tasa de incidencia de Bk(+) entre el 20 al 24x100,000 habitantes.
- Investigación al 100% de los contactos de casos de tuberculosis.

Prioridades:

- Tasa de curación arriba del 86% para todos los casos y especialmente para los casos con tuberculosis baciloscopia positiva interrumpiendo así la cadena de transmisión de dicha enfermedad.
- Detección e investigación de las personas sintomáticas respiratorias. Supervisión estricta del tratamiento al 100% de pacientes con tuberculosis.
- Aplicación de la Estrategia ALTO A LA TUBERCULOSIS en sus 6 componentes.
- Supervisión, monitoreo y evaluación para verificar el cumplimiento de la normativa y cumplimiento de indicadores.

Estándares programáticos:

- Identificación del sintomático respiratorio.
- Recolección de muestras de esputo para diagnóstico de la tuberculosis.
- Registro y atención a los pacientes con tuberculosis nuevos.

- Investigación y seguimiento de contactos de casos con tuberculosis.
- Prueba diagnóstica del VIH a todo paciente con tuberculosis.
- Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES).

Estándares de calidad:

- Concordancia de resultados de control de calidad de baciloscopías mayor o igual a 99%.
- Resultados de tratamiento a través del estudio de cohortes.

Oferta de Servicios:

Atención integral a toda la población en general en cuanto a la detección del sintomático respiratorio, diagnóstico de casos con tuberculosis, tratamiento estrictamente supervisado, educación para la salud al paciente y sus contactos como a la población en general, investigación y seguimiento de contactos.

En la niñez

- Examen clínico para la identificación de signos y síntomas de tuberculosis
- Diagnóstico de tuberculosis: *f* Aplicación y lectura de PPD, *f* Toma de Rayos X *f* Aspirado gástrico (baciloscopía y cultivo) *f* Biopsia *f* Seguimiento epidemiológico
- Tratamiento: administración de Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida.
- Administración del tratamiento estrictamente supervisado durante 6 meses.
- Examen clínico cada dos meses, durante está en tratamiento
- Prueba de VIH.
- Si es contacto de caso de TB. BK(+) se le administra Quimiopreprofilaxis con Isoniacida durante 6 meses (previo descarte de la tuberculosis).
- Consejería a los padres o encargados.
- Visita domiciliar.

- Manejo estandarizado del asma y neumonía, según la Estrategia Enfoque Práctica de la Salud Pulmonar (PAL).

En el adolescente, mujer, adulto masculino y adulto mayor

- Examen clínico para la identificación de signos y síntomas de tuberculosis.
- - Si es sintomático respiratorio recolección de 3 muestras de esputo.
- Diagnóstico de la TB a través de baciloscopías, cultivo o biopsia según sea el caso.
- Tratamiento: administración de Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol.
- Administración del tratamiento estrictamente supervisado durante seis u ocho meses.
- Seguimiento al tratamiento a través de baciloscopías, cada dos o tres meses.
- Examen clínico cada dos meses, durante está en tratamiento.
- Prueba de VIH.
- Consejería.
- Visita domiciliar.
- Investigación y seguimiento de personas contactos del caso de TB.
- Manejo estandarizado del asma, neumonía y EPOC, según la Estrategia Enfoque Práctica de la Salud Pulmonar (PAL).

Planes estratégicos:

- Plan estratégico nacional para el control de la tuberculosis 2008-2015.
- Estrategia Nacional para fortalecer la integración e implementación de actividades colaborativas TB/VIH 2009-2015 en El Salvador.
- Plan estratégico de información, educación y comunicación para la prevención y control de la tuberculosis 2008-2015.

Logros:

- Tasa de curación del 90.7% para el año 2008.
- Disminución en la tasa de mortalidad por coinfección TB/VIH del 47.4% para el año 2000 al 17.4% para el año 2008.
- Cobertura de la estrategia Enfoque Práctico de la Salud Pulmonar (PAL) del 97% a nivel de toda la red de servicios de salud de éste Ministerio.
- Implementación del Proyecto piloto de Asma
- La unión internacional. (26)

4.4. Guías y protocolos de ITS/VIH

La Estrategia Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA-ITS (EN-VIH), lidera procesos de políticas sanitarias en conjunto con la respuesta nacional al VIH, en base a la evidencia científica y el perfil epidemiológico nacional, promoviendo el respeto a los derechos humanos y eliminando el estigma y la discriminación.

Fortalecer y estandarizar los servicios de salud con una atención integral en VIH, en la prevención y atención médica de calidad del sistema de salud, que permita una respuesta efectiva a la epidemia de VIH y contribuya a la disminución de mortalidad por sida; mejorando la calidad de vida de las personas que viven con VIH en el Ecuador.

Objetivos

Contribuir a la disminución de la velocidad de crecimiento de la epidemia alineada a las estrategias mundiales del VIH y del Plan Estratégico Nacional Multisectorial 2018-2022 (PENM), fortaleciendo e implementando políticas sanitarias desde el MSP/ENVIH, que garanticen desde un enfoque de género y derechos humanos el acceso universal a la promoción, prevención y atención integral, así como la equidad, la inclusión, la interculturalidad y la igualdad de oportunidades para las personas que viven con VIH (PVV) en el Ecuador.

Objetivos específicos

- Asegurar el acceso de la población general, la población clave, las mujeres y la población joven a las acciones de promoción de la salud sexual y la prevención de la transmisión de VIH/ITS, articulando a los planes del MSP y sectoriales.
- Mejorar el diagnóstico temprano de VIH y la calidad de atención para optimizar su vinculación y adherencia al tratamiento de las PVV.
- Garantizar los derechos humanos y reducir el estigma y discriminación a las personas viviendo con VIH (PVV), población clave y grupos de atención prioritaria.
- Fortalecer la articulación de la Red Pública Integral de Salud (RPIS), Red Complementaria (RC) y Comunitaria, para garantizar la atención integral a las PVV.
- Fortalecer los sistemas de información de vigilancia epidemiológica, Monitoreo y Evaluación de los servicios de salud en VIH/SIDA-ITS.

Líneas estratégicas

- Aseguramiento de la promoción de la salud y la prevención del VIH/SIDA-ITS.
- Garantía de la atención integral en la salud de personas viviendo con VIH/SIDA-ITS.
- Derechos Humanos, estigma y discriminación.
- Fortalecimiento de la Gobernabilidad y multisectorialidad de la respuesta nacional al VIH/SIDA-ITS.
- Fortalecimiento de los sistemas de información de vigilancia epidemiológica, monitoreo y evaluación de los servicios de salud.

Informaciones más relevantes realizadas y programadas para el año por Líneas Estratégicas

- Aseguramiento de la promoción de la salud y la prevención del VIH/SIDA-ITS
- Tamizajes VIH: Población general, Grupos de Población Clave y

Grupos prioritarios.

- Tamizajes de Hepatitis B y C.
- Tamizajes de Sífilis.
- Aplicación del Kit para la Eliminación de la transmisión materno infantil de VIH (ETMI).
- Aplicación de la vacuna de hepatitis B a mujeres en edad fértil y niños.
- Profilaxis de VIH post exposición laboral y no laboral.

Garantía de la atención integral en la salud de personas viviendo con VIH/SIDA-ITS

- Atención médica y tratamiento antirretroviral (TARV) a 30.123 (adultos) 891 (niños) PVVs.
- Existen 45 Unidades de Atención Integral (UAI), en 22 provincias a nivel nacional.
- Apertura de 3 nuevas UAIs: Quinindé, San Lorenzo y Guaranda.
- Cobertura a PVVs en líneas de TARV (1ra. Línea – 78%, 2da. Línea – 12%, 3ra. Línea – 5%, Pediátrico – 3%, Rescate – 1%).
- Actualización de la Guía Práctica Clínica para la Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niño, adolescentes y adultos, 2019.
- Plan de Transición de ARV.
- Plan de Desconcentración de Carga Viral.
- Manual de adherencia de PVVs y Plan de adherencia al tratamiento antirretroviral.
- Protocolo de manejo de Hepatitis virales B y C.
- Actualización de la Estrategia Nacional para la Eliminación de la transmisión materno infantil del virus de la inmunodeficiencia humana VIH, sífilis, hepatitis B y la enfermedad de Chagas en el Ecuador (ETMI Plus) 2019-2023.
- Actualización de los lineamientos para la entrega de sucedáneos de leche materna a los expuestos perinatales de las UAIs-VIH, con la asesoría de médicos pediatras infectólogos y miembros

bros del Comité Nacional de Médicos.

- Protocolo de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), en proceso de validación.
- Conformación de la mesa temática de atención a PVV del MSP y nacional.

Derechos Humanos, estigma y discriminación

Desarrollo de estudios y guías

- Escuela de Defensores Comunitarios en Derechos Humanos.
- Diseño de ruta crítica de participación de organizaciones de la sociedad civil que trabajan en población clave para fortalecer la contratación social y la transición del Fondo Mundial.
- Diagnóstico situacional de la garantía de los derechos humanos, actualización de las plataformas de capacitación existentes en DDHH del MSP, la Defensoría del Pueblo (DPE), el Ministerio de Trabajo (MT), el Consejo de la Judicatura (CJ), el Ministerio de Educación (ME) y la Escuela de Defensores de Derechos (ED) del Sistema de Protección de Derechos de las Personas Afectadas por el VIH (SPD); plan de capacitación y capacitación de estas instituciones.
- Desarrollar e implementar una campaña de información, educación y comunicación en el nivel comunitario apoyada en redes sociales que acompañe la implementación de la estrategia de promoción y prevención del VIH en el MAIS. 2020.
- Guía de Consejería de Pares comunitarios para personas que trabajarán con personas que viven con VIH en el Ecuador.

Actualización de normativa

- Articulación para la actualización del Manual de Atención Integral en salud en personas que ejercen el trabajo sexual.

Material comunicacional

- Coordinación con el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) en el desarrollo de material comu-

nicacional referente a violencia de género y servicios del MSP.

- Desarrollo de material comunicacional referente a la atención integral en VIH y COVID.

Violencia sexual

- Capacitación virtual a profesionales de salud, en el proceso de atención en personas víctimas de violencia sexual, como parte de la Norma Técnica de Atención Integral a personas víctimas de violencia basada en género y graves violaciones a los derechos humanos.
- Implementación del kit profiláctico (kit púrpura) para la prevención de infecciones de transmisión sexual con énfasis en VIH, en 203 establecimientos de salud responsables de la atención a personas víctimas de violencia sexual a nivel nacional.

Fortalecimiento de la Gobernabilidad y multisectorialidad de la respuesta nacional al VIH/SIDA-ITS, en el marco de la participación ciudadana: definición y control social de las políticas, planes y proyectos de respuesta integral en políticas de Salud a la epidemia del VIH.

Mejorar la participación de todos los actores que realizan acciones en VIH/sida, en el marco de la implementación del CEMSIDA para incrementar la respuesta nacional al VIH/Sida, tomando como base el Plan Estratégico Nacional Multisectorial – PENM 2018-2022 con énfasis en promoción y prevención de la salud.

- Diseñar un nuevo modelo de funcionamiento del CEMSIDA / Acuerdo Ministerial 2012, incluya el plan estratégico y su financiamiento en concordancia con el PENM y defina el modelo de M&E de los compromisos presupuestarios en los diferentes niveles de gestión.
- Creación de la secretaria técnica del CEMSIDA.
- Creación de mesas temáticas del sistema de vigilancia epidemiológica.
- Creación de mesa temáticas de Monitoreo y Evaluación.

- Creación de mesas temáticas de VIH a nivel de las Coordinaciones Zonales.
- Plan de M&E del PENM.
- Evaluación de medio – termino de PENM/ Plan de transición.
- Observatorio de VIH.

Fortalecimiento de los sistemas de información de vigilancia epidemiológica, monitoreo y evaluación de los servicios de salud

- Actualización de la Guías de Vigilancia epidemiológica de VIH.
- Estudio de prevalencia de VIH e ITS en HSH, mujeres TRANS y trabajadoras sexuales en el Ecuador.
- Estudio de resistencia de ARV.
- Estudio de genotipificación de Hepatitis virales B y C.
- Conformación de la mesa temática de vigilancia de la RPIS.

Sistema de Información – PRAS (Plataforma de Registro de Atenciones en Salud)

Módulo de VIH

- Vinculación, diagnóstico y seguimiento de casos VIH.
- Mujeres embarazadas y expuestos perinatales.
- Seguimiento TARV, CV y CD4.

Módulo de Tamizaje

- Consentimiento informado.
- Tamizajes VIH: Población general, Grupos de Población Clave y Grupos prioritarios.
- Incorporación de campañas de tamizaje para los procesos en territorio.
- Integración de los módulos de Tamizaje y VIH conforme el algoritmo de captación de casos que evita que los casos reactivos se pierdan y se pueda realizar un seguimiento adecuado a nivel nacional. (27)

4.5. Plan intersectorial de alimentación y nutrición ecuator 2018-2022

Objetivo general

Alcanzar una adecuada nutrición y desarrollo de la población ecuatoriana durante todo el curso de vida, brindando atención integral y, generando mecanismos de corresponsabilidad entre todos los niveles de gobierno, ciudadanía y sector privado; en el marco de intervenciones intersectoriales que incidan sobre los determinantes sociales de la salud.

Objetivos específicos

- Fortalecer el rol del Estado, la coordinación intersectorial y la participación ciudadana en la aplicación de este plan.
- Brindar atención integral de salud durante todo el ciclo de vida, con énfasis en los 1000 primeros días, la etapa escolar, así como, el fomento y protección de la lactancia materna.
- Fortalecer y generar intervenciones que incidan sobre los determinantes de la salud, enfocados en la promoción de la salud, la protección social, la seguridad y soberanía alimentaria y agua-saneamiento.

Lineamientos estratégicos y líneas de acción

En esta sección se presenta ocho lineamientos estratégicos junto con sus respectivas líneas de acción. Este producto es reflejo de un esfuerzo intersectorial, de varios meses, obtenido a partir de una serie de talleres sectoriales, reuniones bilaterales entre el Ministerio de Salud Pública y las instancias corresponsables del Plan, cuya participación se enlista a continuación:

1. Secretaría Técnica Plan Toda una Vida
2. Secretaria de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación
3. Secretaria de Planificación y Desarrollo
4. Ministerio de Inclusión Económica y Social
5. Ministerio de Educación

6. Ministerio de Trabajo
 - Ministerio de Deporte
 - Ministerio de Agricultura y Ganadería
 - Ministerio de Acuicultura y Pesca
 - Ministerio de Economía y Finanzas
 - Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda
 - Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
 - Secretaría Nacional del Agua

Los lineamientos estratégicos, líneas de acción e indicadores impulsan la acción intersectorial en todo el curso de vida de la población en los siguientes aspectos:

- Dinamizar la coordinación intersectorial, generando mecanismos de corresponsabilidad.
- Garantizar el monitoreo continuo y evaluación periódica.
- Asegurar la atención integral en salud y nutrición en todos el curso de vida.
- Fomentar y proteger la lactancia materna y alimentación complementaria.
- Generar y fortalecer las políticas de promoción de la salud que fomentan estilos de vida saludables.
- Incrementar el acceso a agua segura y servicios de saneamiento adecuadas.
- Contribuir a la seguridad y soberanía alimentaria
- Fortalecer la protección e inclusión social, a través de estrategias que garanticen los derechos ciudadanos. Un mayor detalle de los indicadores y actividades conexas, se presentan en la Matriz Estratégica.

Lineamiento estratégico 1. Dinamizar la coordinación intersectorial entre todos los actores públicos y privados con el fin de generar mecanismos de corresponsabilidad

Este lineamiento estratégico apuntala a fortalecer la coordinación y corresponsabilidad intersectorial entre todos los sectores que directa o indirectamente influyen sobre los entornos alimentarios. Esto implica que se rompa con la acostumbrada forma de hacer política alimentaria, solo desde el sector salud, y en cambio se abarque otros espacios, igualmente importantes, como los sectores de la educación, la agricultura, la protección social, la economía y finanzas, los organismos internacionales, las organizaciones sin fines de lucro, la sociedad civil, la industria, la academia, por mencionar algunos. Los mecanismos de corresponsabilidad pueden abarcar plataformas establecidas como gobiernos por resultados e inclusive la asignación de presupuesto anclado al cumplimiento de responsabilidades en el marco del presente Plan.

Líneas de acción

- Aplicación de la metodología de Gestión por Resultados para la asignación de recursos a las instituciones del Estado de acuerdo al cumplimiento de las metas establecidas en el Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador.
- Cambio de la metodología de asignación y distribución de recursos a los GADs mediante el establecimiento de incentivos frente al cumplimiento de indicadores de salud y nutrición y sus determinantes.

Lineamiento estratégico 2. Asegurar el monitoreo continuo y evaluación periódica de las políticas de alimentación y nutrición.

En el marco de la implementación del Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición es evidente la necesidad de fortalecer el monitoreo de las acciones propuestas, así como la evaluación del Plan en sí mismo. Para esto, el mejoramiento continuo de los sistemas de información, así como los registros administrativos, y la implementación periódica de encuestas, es indispensable para la generación de insumos a nivel intersectorial, para la toma de decisiones.

Líneas de acción

- Articulación y mejoramiento continuo de los sistemas de información.
- Levantamiento y generación de información periódica de alimentación y nutrición.
- Monitoreo y evaluación permanente de los planes, programas, proyectos, iniciativas e intervenciones de nutrición y alimentación saludable.

Lineamiento estratégico 3. Asegurar la atención integral en salud y nutrición de los grupos prioritarios en todo el curso de vida en todos los niveles de atención

Si bien en Ecuador ya existe y se implementa el Modelo de Atención Integral de Salud MAIS, este lineamiento estratégico pretende fortalecer su implementación con un enfoque de curso de vida alineado a las intervenciones específicas en nutrición -siempre manteniendo la lógica de atención centrada en el usuario, su familia y su comunidad-, y atendiendo con mayor énfasis a la población en estado de vulnerabilidad. Es importante resaltar que el MAIS está dirigido al personal de salud de los establecimientos de la Red Pública de Salud (RPIS) y la Red Complementaria en todos los niveles de atención, abarcando a la promoción, prevención, curación, rehabilitación y la corresponsabilidad ciudadana en la salud. Por ende, este lineamiento estratégico apunta también a esta red integrada de servicios de salud.

Líneas de acción

- Garantizar la captación oportuna de mujeres embarazadas en el primer trimestre de gestación y de niños recién nacidos hasta el primer año.
- Asegurar la entrega y simultaneidad de prestaciones para el desarrollo infantil de acuerdo a la edad para el binomio Madre – Niño.
- Asegurar la entrega y simultaneidad de prestaciones para niños

en edad escolar.

- Asegurar la consejería en alimentación y nutrición para adolescentes, adultos y adultos mayores con sobrepeso y obesidad
- Asegurar la capacitación continua del talento humano para fortalecer las competencias en alimentación y nutrición
- Garantizar la atención integral, con énfasis en nutrición, a poblaciones en situación de vulnerabilidad, en contextos de emergencia

Lineamiento estratégico 4. Fomentar y proteger la práctica de la lactancia materna y la alimentación complementaria adecuada.

El fomento y protección de la lactancia materna y la alimentación complementaria son acciones vinculadas a la atención integral en salud, sin embargo, por su importancia e impacto en el estado nutricional de las poblaciones se ha considerado la determinación de un lineamiento estratégico específico. Garantizar la implementación de estas prácticas implica un esfuerzo coordinado entre varias instancias, sobre todo aquellas en el ámbito laboral y comercial. En lo laboral, la práctica de lactancia materna conlleva el aseguramiento del cumplimiento de los derechos laborales como la garantía del permiso a los controles prenatales en donde se recibe consejos sobre esta práctica, el cumplimiento efectivo de la licencia de maternidad y el posterior permiso a los controles del niño, uso de salas de apoyo a la lactancia materna, así como el otorgamiento de 2 horas para lactancia materna. En lo comercial, es esencial el cumplimiento del Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna tanto por el personal de salud, como por la empresa privada en el ámbito promocional. Por su parte la práctica adecuada de alimentación complementaria requiere la creación de capacidades en el personal en contacto con las madres, sea del sector salud, de centros de atención infantil, educadoras, agentes de promoción de la salud, entre otros, con la finalidad de una adecuada transmisión de conocimientos, mediante sesiones demostrativas, por ejemplo.

Líneas de acción

- Generar capacidades para fortalecer las acciones para el fomento y protección de la lactancia materna y alimentación complementaria adecuada
- Garantizar la generación de espacios para el fomento y práctica de la lactancia materna, tanto en el Sistema Nacional de Salud como en otras instituciones públicas y privadas.
- Asegurar el cumplimiento del “Código internacional de comercialización de sucedáneos de leche materna” por parte del Sistema Nacional de Salud.

Lineamiento estratégico 5. Fomentar espacios y prácticas saludables durante todo el ciclo de vida.

Los hábitos y estilos de vida constituyen determinantes intermedios de salud que repercuten directamente en la salud y bienestar de los individuos, particularmente en su estado nutricional. De igual forma los entornos constituyen facilitadores o barreras para la práctica de hábitos de vida saludable. Por ende, este lineamiento estratégico establece el marco político para la generación de dichas prácticas y espacios en todos los sitios de confluencia individual y poblacional, particularmente en materia de alimentación y nutrición, utilizando para esto la normativa ya establecidas, así como el diseño y rediseño de nuevas propuestas que faciliten la puesta en marcha en todos los sectores, incluyendo el privado.

Resta indicar en este marco que Ecuador ya presenta un contexto favorable en favor de las estrategias de salud enfocadas hacia el fomento de espacios y prácticas saludables, entre éstas la emisión de reglamentos, lineamientos y guías dedicadas a favorecer los entornos alimentarios saludables. De aquí que a través de este lineamiento estratégico se busque dar impulso, continuidad, y sostenibilidad a estrategias como el etiquetado de alimentos procesados, el reconocimiento de responsabilidad nutricional, el reglamento del control de funcionamiento de bares escolares, la práctica diaria de actividad física en es-

cuelas y las medidas fiscales. Así mismo se busca implementar nuevas estrategias como la regulación de la publicidad de alimentos dirigida a niños y el desarrollo de las guías alimentarias para la población ecuatoriana.

Líneas de acción

- Fortalecimiento de las regulaciones de promoción de una alimentación saludable
- Mejoramiento del entorno respecto a la alimentación, nutrición y actividad física
- Fortalecer las estrategias de cambio de comportamiento respecto a alimentación, nutrición y actividad física.
- Lineamiento estratégico 6. Incrementar el acceso a agua segura y servicios de saneamiento adecuados.

La evidencia acerca de la asociación entre las intervenciones en materia de agua y saneamiento y el estado nutricional de la población infantil ya ha sido documentada. Los mecanismos de esta asociación se relacionan principalmente con la prevención de enfermedades diarreicas a través de la reducción de la transmisión de microorganismos patógenos. De esta manera, las intervenciones en este ámbito tienen que ver con el abastecimiento de agua mejorado, la mejora de las instalaciones de saneamiento, así como el fomento de prácticas en materia de higiene. Por ende, la condicionalidad de existencia a agua segura y saneamiento es un determinante subyacente esencial para generar el óptimo estado nutricional de la población.

líneas de acción

- Incrementar el acceso a agua segura a toda la población a nivel nacional.
- Incrementar el acceso de la población a servicios de saneamiento manejados de forma segura.
- Incrementar el acceso de la población a instalaciones para lavarse las manos con agua y jabón
- Lineamiento estratégico 7. Contribuir a la autosuficiencia y di-

versidad de alimentos sanos, nutritivos y culturalmente apropiados de forma permanente

La alimentación involucra el proceso mediante el cual los alimentos se producen, tratan y consumen. La nutrición, por otro lado, corresponde al efecto biológico y fisiológico producto de la alimentación y sus condiciones.

La buena nutrición depende ineludiblemente de una alimentación adecuada. Así, en atención a la Constitución de la República del Ecuador, la soberanía alimentaria aborda estos enfoques más integrales, a favor de contribuir tanto a la autosuficiencia de alimentos, así como a la diversidad alimentaria, procurando la sostenibilidad del planeta. Por ende, a través de este lineamiento estratégico se evidencia la prioridad del Estado Ecuatoriano por potenciarla soberanía alimentaria, vinculada a la promoción de la alimentación y nutrición adecuadas y generando mecanismos de corresponsabilidad individual, familiar, de los grupos sociales y del gobierno.

Líneas de acción

- Garantizar la disponibilidad y acceso a alimentos diversos, seguros y culturalmente apropiados
- Mejorar la provisión de programas de alimentación y cuidado estatales con alimentos provenientes de la agricultura familiar y/o la pesca artesanal.

Lineamiento estratégico 8. Fortalecer la protección e inclusión social a través de estrategias de fomento del ejercicio de derechos de los ciudadanos en todo su ciclo de vida

Este lineamiento estratégico plantea la voluntad del Estado por potenciar las intervenciones en materia de inclusión, que estén vinculadas a los determinantes de una buena alimentación y nutrición, con énfasis en los grupos de atención prioritaria y la población que se encuentra en

pobreza o vulnerabilidad. Esto con la finalidad de reducir las brechas existentes, y motivar la protección social para la población susceptible al quebrantamiento del derecho a una alimentación saludable.

Líneas de acción

- Garantizar una vivienda digna para familias en condición de vulnerabilidad, con énfasis en aquellas con mujeres gestantes, niños menores de 5 años y niños en edad escolar.
- Asegurar que, las mujeres embarazadas, y los niños menores de 5 años, en condición de vulnerabilidad, captados para recibir atención integral, accedan a servicios de cuidado en CDI-CNH y reciban el BDH variable.
- Condicionamiento del BDH variable de acuerdo al cumplimiento de prestaciones en salud y nutrición.

Plan de implementación

La implementación intersectorial del Plan está constituida para su ejecución en varios niveles; a nivel nacional, para la definición de políticas, y a nivel local, para la ejecución de la cartera de servicios y paquete de prestaciones intersectoriales por curso de vida. Todos los niveles requieren de una articulación y compromiso periódico de actores al más alto nivel, así como un plan de acción concreto y la construcción de redes de apoyo, como respuesta a los objetivos, lineamientos estratégicos y líneas de acción del Plan.

De esta manera, se han determinado tres niveles de ejecución, mismos que se describen a continuación:

- Nivel de articulación nacional, encargado del liderazgo del plan y coordinación intersectorial del Plan al más alto nivel.
- Nivel de planificación cantonal, encargado de la planificación local, así como el seguimiento político y monitoreo de la operación en territorio.
- Nivel de gestión local (distrito), encargado de la implementación de los servicios en territorio para garantizar la operatividad y si-

multaneidad de prestaciones.

En el nivel nacional participarán de manera amplia y permanente todas las instancias corresponsables de la implementación del plan, y en los niveles cantonales o de gestión territorial, las instancias cuyas prestaciones deriven directamente en servicios enfocados a la ciudadanía.
(28)

4.6. Programa nacional de sangre

El Ministerio de Salud Pública (MSP) como Autoridad Sanitaria Nacional, y en cumplimiento de los mandatos consignados en el marco constitucional y legal vigente, ejerce su rectoría en la Red de Servicios de Sangre públicos y privados del Ecuador en virtud del derecho a la salud que garantiza el Estado mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales bajo los principios de acceso permanente, oportuno, gratuito y sin exclusión a programas, acciones y servicios de atención integral de salud.

En este sentido, con la finalidad de lograr la autosuficiencia nacional de sangre y sus componentes sanguíneos seguros y de calidad provenientes en un 100% de donantes voluntarios, y entregados de forma oportuna, permanente y gratuita para el usuario, el Ministerio de Salud mediante el Programa Nacional de Sangre (PNS) reorganiza, regula, emite y hace cumplir la política pública y normas técnicas a los servicios de sangre a nivel nacional.

El Programa Nacional de Sangre, es la Instancia Técnica del MSP que se encarga de la planificación anual, adquisición, distribución y monitoreo de factores de coagulación, medicamentos utilizados para el tratamiento de pacientes con hemofilia A, hemofilia B, enfermedad de Von Willebrand y aquellos que han desarrollado inhibidores. Así mismo, garantiza la provisión de componentes sanguíneos seguros, en forma oportuna y gratuita para los usuarios del MSP atendidos en los establecimientos de salud en la Red Pública Integral de Salud y Red Privada

Complementaria, a través del Convenio Interinstitucional Nro. 00001-2020 suscrito entre el Ministerio de Salud Pública y la Sociedad de la Cruz Roja Ecuatoriana, el 01 de enero de 2020 con vigencia hasta el 31 de diciembre del año 2021.

Las transfusiones de componentes sanguíneos son vitales en la atención integral de diversas patologías, reducción de la mortalidad materna y neonatal, víctimas de accidentes de tránsito, politraumatismos, enfermedades crónicas como cáncer, trastornos de la coagulación y trasplantes.

Los componentes sanguíneos no se pueden fabricar de manera artificial, son insustituibles y son necesarios para mejorar la salud de los pacientes; prever la disponibilidad oportuna de éstos (autosuficiencia) supone un aporte significativo para reducir las inequidades en su acceso.

Para la ejecución de este objetivo, el MSP a través del PNS trabaja en el fortalecimiento del Sistema Nacional de Sangre, mediante las siguientes acciones:

Definir un Modelo Zonificado de Sangre en cumplimiento con la Política Nacional de Sangre.

Regularizar y normar la Red de Servicios de Sangre.

Promover la donación voluntaria de sangre, a través de donantes repetitivos y no remunerados, para caminar hacia la autosuficiencia de componentes sanguíneos seguros y de calidad.

Fortalecer los Servicios de Medicina Transfusional en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud a nivel nacional.

Garantizar la adquisición de factores de la coagulación para la profilaxis y tratamiento de pacientes hemofílicos, de manera gratuita.

Modelo Zonificado de Sangre

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS), desde hace poco menos de una década, en su informe sobre los progresos realizados por la iniciativa regional para la seguridad sanguínea y plan de acción previstos para el periodo 2006-2010 (46° Consejo Directivo), recomiendan: “Los Estados establezcan un modelo de red nacional para la prestación de servicios de sangre encabezada por el Ministerio de Salud que incluirá el desarrollo de un modelo regional”.

De acuerdo a la Carta Magna del Ecuador, la elaboración del Modelo Zonificado de Sangre responde a una lógica de eficacia, eficiencia y calidad, principios básicos para la cobertura de la salud en el país. Con la finalidad de reorganizar la estructura y el funcionamiento de la Red de Servicios de Sangre del Ecuador, el PNS en coordinación con áreas especializadas del Ministerio de Salud, se encuentra desarrollando el Modelo Zonificado de Sangre.

En cuanto a la producción de componentes sanguíneos en el Ecuador, desde el año 2018 funcionan 16 Bancos de Sangre y 1 Hemocentro, de los cuales: 12 pertenecen a la Red Privada Complementaria (70.6%), 4 a la Red Pública Integral de Salud (23.5%) y el hemocentro pertenece a la Red Privada Complementaria (5.9%).

Hasta el año 2018, el 53% de los bancos de sangre tienen una producción ineficiente (menos de 5.000 unidades de sangre/año); el 6% alcanzó una colecta aceptable (entre 5.001 a 10.000 unidades de sangre/año) y, el 41% presentaron una colecta satisfactoria (colectaron más de 10.001 unidades de sangre/año).

El 71% de los bancos de sangre son intrahospitalarios; es decir, coleccionan sangre de familiares de pacientes, con una producción predominante para el autoconsumo.

En este contexto, la implementación del Modelo Zonificado de Sangre permitirá la centralización de la producción de componentes sanguíneos a gran escala desde el Ministerio de Salud Pública, lo cual incrementará la promoción de la donación voluntaria de sangre de manera permanente; desconcentración de las colectas de sangre y de componentes sanguíneos (aféresis); producción eficiente de componentes sanguíneos seguros; incremento del acceso de éstos para los usuarios; etc. ventajas económicas y técnicas demostradas en la implementación de sistemas centralizados.

Con la finalidad de homologar procedimientos y procesos de calidad en los Servicios de Sangre públicos y privados del país, el Ministerio de Salud establece la tipología de los mismos a través del Acuerdo Ministerial N° 00030-2020 en alta, mediana y baja complejidad. También, se considera el procesamiento de sangre en 2 Hemocentros del Ministerio de Salud Pública, uno en la ciudad de Quito y otro en la ciudad de Guayaquil, los cuales recibirán la sangre colectada en los Centros de Colecta y Distribución, Centros de Colecta, y Unidades Móviles de Colecta de Sangre, distribuidos en el país.

Los Centros de Colecta y Distribución son instalaciones que tienen dos funciones principales: colectar sangre para el envío al Hemocentro y recibir componentes sanguíneos procesados desde el Hemocentro para su distribución a los Servicios de Medicina Transfusional de su zona de influencia.

Los Centros de Colecta, son instalaciones que situados estratégicamente en el territorio tienen la función primordial de colectar sangre para su envío al Hemocentro.

Las Unidades Móviles son vehículos adecuados con equipos de profesionales que se desplazan a realizar colectas de sangre extramural en instituciones, universidades, empresas, espacios públicos y comunidad en general.

El Hemocentro de Quito procesará la sangre colectada de las Zonas 1, 2, 3 y 9, mientras que el Hemocentro de Guayaquil lo hará de las Zonas 4, 5, 6, 7 y 8. Luego de que la sangre sea procesada, se enviarán los componentes sanguíneos a los Centros de Colecta y Distribución y a los Servicios de Medicina Transfusional de los Establecimientos de Salud en la Red Pública Integral de Salud y Complementaria a nivel nacional.

En este sentido, la Red de Servicios de Sangre debe ser reconstituida tanto en su estructura como en su funcionamiento con el objetivo de que ésta cumpla con lo consignado en la Constitución de la República y en la Ley Orgánica de Salud. La implementación del Modelo Zonificado de Sangre se torna viable socialmente, en la medida en que cohesiona a distintos grupos sociales alrededor de la promoción de una vida saludable, bienestar y solidaridad colectiva.

Es así, que el Modelo Zonificado de Sangre se fundamenta en la complementariedad, coordinación y articulación de los Servicios de Sangre en cuanto a: promoción de la donación voluntaria de sangre; colecta de sangre y componentes sanguíneos desconcentrada de acuerdo a variables poblacionales y epidemiológicas; producción centralizada a gran escala de componentes sanguíneos en 2 centros especializados de procesamiento del MSP (Hemocentros); distribución de productos sanguíneos; y, en el desarrollo de un sistema nacional de gestión de la calidad que contribuya a la reducción de costos de producción y al cumplimiento de los más altos estándares de calidad en los procesos de los Servicios de Sangre.

De esta manera, los Servicios de Sangre serán organizados, coordinados, regulados, controlados, vigilados y evaluados por el Ministerio de Salud Pública (Autoridad Sanitaria Nacional), a través del Programa Nacional de Sangre, Dirección Nacional de Medicamentos, Dirección Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud, Dirección Nacional de Promoción de la Salud, Dirección Nacional de

Centros Especializados, Dirección Nacional de Hospitales, Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud. (29)

4.7. Coronavirus, covid-19

El rol desarrollado por la enfermería en la planificación, elaboración, puesta en marcha, implementación y supervisión de los protocolos frente a la COVID-19 ha posicionado la labor de estos profesionales como un factor vertebrador -y por lo tanto, insustituible- en todo ese proceso complejo, cambiante y frenético que ha supuesto la atención a los pacientes afectados por esta enfermedad.

Por otro lado, este protagonismo en la gestión de la crisis sanitaria ha supuesto para este colectivo un recorrido de doble sentido ya que, de forma paralela a su aportación a nivel asistencial y logístico, la pandemia ha proporcionado a estos profesionales una experiencia a otro nivel, en la que han adquirido nuevas capacitaciones aprendidas en tiempo récord, además de potenciar su liderazgo y abrir nuevas perspectivas que definen las líneas de futuro hacia las que debe enfocarse la profesión.

Uno de los efectos colaterales “positivos” que ha tenido la pandemia ha sido proporcionar una mayor visibilidad a la labor desempeñada por la profesión enfermera, en el marco de su posicionamiento en todos los frentes sanitarios de la crisis, poniendo en valor esas particularidades que la definen y que no siempre han sido debidamente ponderadas.

La visibilidad de la labor de la enfermería y el importante rol jugado en todas las fases de la gestión de la pandemia también ha servido a estos profesionales para reflexionar sobre las principales líneas de actuación que se deben establecer de cara a los próximos años, los cambios que es necesario introducir dentro de la profesión y, también, las áreas de mejora o asignaturas pendientes en las que se debe trabajar de forma más intensa.

El principal desafío al que se enfrenta el futuro de la profesión enfermera se puede resumir en una sola palabra, la misma, por cierto, que define la forma en la que estos profesionales tuvieron que gestionar la pandemia: cambio. Se trata de un nuevo enfoque en el que la previsión es una pieza clave y que implica no sólo a la práctica clínica y a la gestión sino también a la investigación y a la docencia. (30)

1ª Edición

Enfermería en
Salud Familiar y
Comunitaria

BIBLIOGRAFÍA
BIBLIOGRAFÍA



1. Ariza-Olarte C. Desarrollo epistemológico de enfermería. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. 2011 Abril-Junio; 8(2).
2. Bembibre C. Definición de Enfermería Comunitaria. [Online].; 2011 [cited 2022 Julio 3. Available from: <https://www.definicionabc.com/ciencia/enfermeria-comunitaria.php>.
3. Yoamoenfermeriablog. FUNCIONES O ROLES DE ENFERMERÍA. [Online].; 2022 [cited 2022 Julio 03. Available from: <https://yoamo-enfermeriablog.com/2019/05/21/funciones-o-roles-de-enfermeria/>.
4. Agudelo C CA. Participación comunitaria en salud. Conceptos y criterios de valoración. [Online].; 1983 [cited 2022 Julio 05. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/15934/v95n3p205.pdf?sequence=1&isAllow>.
5. Marisa Didoni H, Ciuffolini B. La familia como unidad de atención - FCM. [Online].; 2018 [cited 2022 Julio 06. Available from: https://nanopdf.com/download/la-familia-como-unidad-de-atencion-fcm_pdf.
6. Osorio Rodríguez A, Álvarez Mora A. INTRODUCCIÓN A LA SALUD FAMILIAR. [Online].; 2004 [cited 2022 Julio 06. Available from: <https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/bitstream/handle/20.500.11764/710/GLSmodulo11.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
7. El personal de Healthwise. Biblioteca del bienestar. [Online].; 2022 [cited 2022 Julio 06. Available from: <https://www.cigna.com/es-us/individuals-families/health-wellness/hw/temas-de-salud/ciclo-de-vida-familiar-ty6171>.
8. Condori Ingaroca LJ. Funcionamiento familiar y situaciones de crisis de adolescentes infractores y no infractores en Lima Metropolitana. [Online].; 2022 [cited 2022 Julio 07. Available from: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/salud/condori_i_l/cap2.htm.

9. Tenteralia. Los cuatro tipos de crisis familiares. [Online].; 2019 [cited 2022 Julio 08. Available from: <https://tenteralia.wordpress.com/2019/07/15/los-4-tipos-de-crisis-familiares/>.
10. Rangel Cálderón YN. Trabajo de Socioantropología. [Online].; 2020 [cited 2022 Julio 10. Available from: <https://es-static.z-dn.net/files/db3/be4bab26716083a08583fe4d1ef2aa91.docx>.
11. Varela Feal N, Rodríguez Maseda E, Romero Martín M, Castro Pastor A, Fernández Cao M. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SISTEMA FAMILIAR: VALORACIÓN. [Online].; 2003 [cited 2022 Julio 10. Available from: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/1012/1/culturacuidados_17_12.pdf.
12. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS. [Online].; 2018 [cited 2022 Julio 13. Available from: <https://www.studocu.com/ec/document/universidad-de-cuenca/medicina/mais-2018-modelo-de-atencion-integral-de-salud/17554759>.
13. connect E. NANDA-I, NIC, NOC: uso en la planificación de los cuidados y el modelo AREA. Elsevier. 2022 Marzo.
14. Burbano AC. Sobre el concepto de comunidad. [Online].; 2022 [cited 2022 JULIO 13. Available from: https://www.eumed.net/libros-gratis/2011d/1046/concepto_comunidad.html.
15. Gofin J, Gofin R. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. Revista Panamericana de Salud Publica. 2007; 21(2/3).
16. Rebollo Izquierdo Ó, Morales Morales E, González Motos S. Guía operativa de evaluación de la acción comunitaria. [Online].; 2016 [cited 2022 Julio 14. Available from: https://igop.uab.cat/wp-content/uploads/2016/03/Guia_operativa-EAC_2016.pdf.
17. Josep Lluís de Peray IM. Una mirada a la Atención Primaria Orientada a la Comunidad. Semfyc. 2016; 18(1)(11).

18. Flanagan B. www.echocommunity.org. [Online].; 2015 [cited 2022 Julio 14. Available from: <https://www.echocommunity.org/es/resources/53f99bb6-f532-4606-8229-0327c16dbd3c>.
19. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. INSTRUCTIVO PARA LA ELABORACION DEL ANÁLISIS SITUACIONAL INTEGRAL DE SALUD DIAGNÓSTICO SITUACIONAL. [Online].; 2014 [cited 2022 Julio 14. Available from: [https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/730/an%C3%81lisis_situacional_integral_de_salud_final_\(3_09_14\).pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/730/an%C3%81lisis_situacional_integral_de_salud_final_(3_09_14).pdf).
20. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Programas del Ministerio de Salud Pública. [Online].; 2022 [cited 2022 Julio 14. Available from: <https://www.salud.gob.ec/programas-del-ministerio-de-salud-publica/>.
21. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Programa de Control de los Desórdenes por Deficiencia de Yodo (DDI). [Online].; 2013 [cited 2022 Julio 14. Available from: <https://www.salud.gob.ec/programa-de-control-de-los-desordenes-por-deficiencia-de-yodo-ddi/>.
22. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Estrategia Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA-ITS. [Online].; 2020 [cited 2022 Julio 15. Available from: <https://www.salud.gob.ec/programa-nacional-de-prevencion-y-control-de-vihsida-its/>.
23. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2022. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2022. [Online].; 2022 [cited 2022 Julio 15. Available from: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2022/index.php>.
24. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guías de práctica clínica. [Online].; 2020 [cited 2022 Julio 15. Available from: <https://www.salud.gob.ec/guias-de-practica-clinica/>.

25. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Hipertensión arterial. [Online].; 2019 [cited 2022 Julio 15. Available from: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/06/gpc_hta192019.pdf.
26. UNESCO. SITEAL. [Online].; Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias [cited 2022 15 Julio. Available from: <https://siteal.iiep.unesco.org/bdnp/2550/programa-nacional-tuberculosis-enfermedades-respiratorias>.
27. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Estrategia Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA-ITS. [Online].; 2022 [cited 2022 Julio 15. Available from: <https://www.salud.gob.ec/programa-nacional-de-prevencion-y-control-de-vihsida-its/>.
28. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. PIANE-2018-2025. [Online].; 2018 [cited 2022 Julio 16. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/08/PIANE-2018-2025-final-compressed-.pdf>.
29. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Fortalecimiento del Ministerio de Salud Pública en el Sistema Nacional de Sangre. [Online].; 2022 [cited 2022 Julio 16. Available from: <https://www.salud.gob.ec/fortalecimiento-del-ministerio-de-salud-publica-en-el-sistema-nacional-de-sangre/>.
30. Mónica Lana CL, Morales RN. Enfermería durante la pandemia: retos, oportunidades y lecciones aprendidas. Elsevier. 2020 Octubre.

1ª Edición

Enfermería en **Salud Familiar y Comunitaria**



Publicado en Ecuador
Octubre del 2022

Edición realizada desde el mes de enero del 2022 hasta
septiembre del año 2022, en los talleres Editoriales de MAWIL
publicaciones impresas y digitales de la ciudad de Quito

Quito – Ecuador

Tiraje 50, Ejemplares, A5, 4 colores; Offset MBO
Tipografía: Helvetica LT Std; Bebas Neue; Times New Roman; en tipo fuente.