UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE GRADUADOS

ROL GERENCIAL DE LA ENFERMERA EN EL PROGRAMA MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL E INTERCULTURAL Y COMUNITARIO EN LA COOPERATIVA ESMERALDAS CHIQUITO, GUAYAQUIL 2011

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MAGÍSTER EN GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN DE SALUD

AUTORA:
LCDA. LIGIA VILLA SÁNCHEZ

TUTORA:
DRA. C. MARGARITA DE JESÚS FERNÁNDEZ CLÚA (PhD)

GUAYAQUIL, 2012

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
SECRETARIA GENERAL

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

Sustentada la Tesis de la **MAESTRIA EN GERENCIA Y ADMINISTRACION DE SALUD** de la Lic. Ligia Villa Sánchez, por su presentación, contenido, exposición oral y la profundidad de conocimientos, este Jurado Calificador Le otorga la calificación de:

NOTA: 9

EQUIVALENTE: Muy Bueno

Para constancia y verificación firman la presente Acta, el Dr. Wilson Maitta Mendoza, Presidente del H. Consejo Directivo, los Miembros del Tribunal Calificador y la Abg. Carmen Morán Flores, Secretaria de la Facultad.

Dr. Wilson Maitta Mendoza
DECANO

TRIBUNAL CALIFICADOR

NOMBRES y APELLIDOS	FIRMA
Dr. Wilson Maitta Mendoza, Decano	
Dr. Carlos Torres Nóe, Examinador	
Dra. Abigail Carriel Ubilla, Examinador	

Guayaquil, veintiséis de enero del 2013

Ab. Carmen Morán Flores
SECRETARIA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Tema de Tesis: "ROL GERENCIAL DE LA ENFERMERA EN EL PROGRAMA MODELO DE ATENCION INTEGRAL E INTERCULTURAL Y COMUNITARIO EN LA COOPERATIVA ESMERALDAS CHIQUITO. GUAYAQUIL 2011"

Comité Asesor de los Programas de Postgrado
Universidad de Guayaquil
Estudios Universitarios

Of. N 1048 - 12/CAM

Guayaquil, 07 de diciembre del 2012

Licenciada
Ligia Villa Sánchez
Maestría en Gerencia y Administracion de Salud
Ciudad.-

De mis consideraciones:

Una vez que usted ha procedido a presentar las correcciones sugeridas por el Tribunal de Sustentación de Anteproyectos titulado ***"Rol Gerencial de la Enfermera en el Programa Modelo de Atención Integral e Intercultural y Comunitario en la Cooperativa Esmeraldas Chiquito. Guayaquil 2011."*** *de la Maestría en Gerencia y Administracion de Salud al igual que el informe de su tutora me permito informar a usted que su Anteproyecto ha sido aprobado y en consecuencia puede continuar con su tesis.*

Atentamente,

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
DECANATO
Facultad de Ciencia Medicas

Dr. Wilson Maitta Mendoza
DECANO
FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS

Jessica.-

CERTIFICADO DEL TUTOR

EN MI CALIDAD DE TUTORA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE MAGISTER EN GERENCIA Y ADMINISTRACION DE SALUD, DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL.

CERTIFICO QUE: HE DIRIGIDO Y REVISADO LA TESIS DE GRADO PRESENTADA POR LA SRA LICENCIADALIGIA MERCEDES VILLA SANCHEZ CON C.I. # 0602088627

CUYO TEMA DE TESIS ES **"ROL GERENCIAL DE LA ENFERMERA EN EL PROGRAMA MODELO DE ATENCION INTEGRAL E INTERCULTURAL Y COMUNITARIO EN LA COOPERATIVA ESMERALDAS CHIQUITO, GUAYAQUIL 2011"**

REVISADA Y CORREGIDA QUE FUE LA TESIS, SE APROBÓ EN SU TOTALIDAD, LO CERTIFICO:

DRA, C. MARGARITA DE JESUS FERNANDEZ CLUA, (PHD)
TUTORA

Ministerio de
SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DEL GUAYAS
AREA DE SALUD N° 3 – SUBCENTRO DE SALUD GUANGALA

Guayaquil, 21 de Diciembre del 2.012

CERTIFICACIÓN

CERTIFICO QUE LA LCDA. LIGIA MERCEDES VILLA SÁNCHEZ, **SOLICITÓ AUTORIZACIÓN Y REALIZÓ SU TESIS DE MAESTRIA EN LA COMUNIDAD DE ESMERALDAS CHIQUITO,** PARTE DEL ÁREA DE INFLUENCIA DEL S.C.S.GUANGALA AREA Nº3 DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL, DURANTE EL AÑO 2011- 2012, PARA OPTAR EL TÍTULO DE MAGISTER EN GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN DE SALUD, CON EL TEMA DE **TESIS "ROL GERENCIAL DE LA ENFERMERA EN EL PROGRAMA MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL E INTERCULTURAL Y COMUNITARIO EN LA COOPERATIVA ESMERALDAS CHIQUITO GUAYAQUILN 2.011",** RECIBIENDO COLABORACIÓN POR PARTE DE LOS LÍDERES COMUNITARIOS Y PERSONAL DEL S.C.S.GUANGALA, LO CERTIFICO:

Dr. Francisco Merchán A.
MEDICO GENERAL
LIBRO I FOLIO 2791 No. 4064

DR.FRANCISCO MERCHAN AGUIRRE.

DIRECTOR S.C.S.GUANGALA

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
AREA 3
SUBCENTRO GUANGALA

Área de Salud N° 3
SUBCENTRO DE SALUD GUANGALA
Coop. Jaime Roldos Aguilera Mz.6 V.7
Teléfono: 042-330159

CERTIFICADO DE REVISIÓN DE LA REDACCIÓN Y ESTRUCTURA GRAMATICAL.

LCDA MERCEDES SOLIS PLÚAS, con domicilio ubicado en Samanes 7 mz.2231, villa 7; por medio del presente tengo a bien CERTIFICAR: Que he revisado la tesis de grado elaborado por la Sra. Lcda. Ligia Mercedes Villa Sánchez con C.I. # 0602088627, previo a la Obtención del título de **MAGISTER EN GERENCIA Y ADMINISTRACIÒN DE SALUD.**

TEMA DE TESIS: **"ROL GERENCIAL DE LA ENFERMERA EN EL PROGRAMA MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL E INTERCULTURAL Y COMUNITARIO EN LA COOPERATIVA ESMERALDAS CHIQUITO, GUAYAQUIL 2.011".**

La tesis revisada ha sido escrita de acuerdo a las normas gramaticales y de sintaxis vigentes de la lengua española.

Mercedes Solis Plúas

LCDA.MERCEDES SOLIS PLÚAS

C.I. 0900616483

Registro 1006-09-690248

Celular 0986205931

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE GRADUADOS

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE TESIS

El presente trabajo es original del autor y apegado al tema mostrado a los Honorables Miembros del Tribunal de la Universidad de Guayaquil.

Los Derechos de Propiedad Intelectual de esta Tesis de Grado me pertenecen. En esta tesis he incorporado transcripciones de textos de otros autores, con el fin de documentar conceptos relacionados con el tema, y que no serán utilizados con fines de lucro.

Lcda. Ligia Mercedes Villa Sánchez

DEDICATORIA

Dedico con mucho amor y respeto:

A mis padres, a mi esposo, a mis hijos a mis hermanos y en especial a Fabiola quienes con su comprensión, sacrificio y abnegación me incentivaron para cumplir con mis objetivos.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme fortaleza y sabiduría para la feliz culminación de otra etapa más de mi profesión.

A la Universidad de Guayaquil por ser el centro que nos acoge para seguir cumpliendo nuestras metas profesionales.

A mis queridos maestros que impartieron sus conocimientos durante la Maestría y en especial a la Dra. C. Margarita Fernández Clúa, Tutora de Tesis de Grado quien ha sido el pilar fundamental para este trabajo de investigación.

A las familias y a los líderes comunitarios que colaboraron para impartir conocimientos en sus hogares, ya que sin ellos no hubiese sido posible la culminación de este trabajo de investigación.

RESUMEN

En la comunidad de Esmeraldas Chiquito del Área Nº 3 Guayaquil perteneciente al área de influencia del S.C.S. Guangala, la población estaba sometida a riesgos que afectaban su salud y por falta de personal de enfermería con un área de influencia de 45900 habitantes, espacio físico reducido de la Unidad Operativa, falta de material e insumos, no acudían al Sub.Centro, siendo la política de este gobierno la promoción y prevención, fue preciso determinar el rol que la enfermera comunitaria en el Modelo de Atención Integral e Intercultural y Comunitario en Salud, implementando un plan gerencial de educación a las familias de mayores riesgos. Los objetivos del trabajo de Investigación fueron los siguientes: Determinar el rol gerencial de la enfermera en el Programa Modelo de Atención Integral e Intercultural y Comunitario en la Cooperativa Esmeraldas Chiquito; Realizar un diagnóstico de situación de salud de la comunidad incorporando el enfoque intercultural, integral y comunitario; determinar la existencia de las problemáticas de salud más frecuentes y comunes; identificar las características de las familias que presenten mayor vulnerabilidad y su filiación; estudiar las conductas, actitudes frente a las principales problemáticas de salud detectadas; diseñar un plan gerencial para educar a las familias con mayores riesgos. Fue un trabajo descriptivo y no experimental, para dar cumplimiento a este trabajo de investigación se aplicó la observación directa, el análisis documental, la entrevista. Los resultados de la investigación fueron el cambio de hábitos de higiene y conocimientos de medidas de prevención frente a las problemáticas de salud más frecuentes como: el consumo de agua segura, la buena eliminación de desechos sólidos y líquidos, la no presencia de animales dentro de la vivienda, el mejoramiento de la vivienda, se ha incrementado la vacunación, la planificación familiar, el Papanicolaou. Se concluyó que el rol gerencial de la enfermera depende de su capacidad para identificar, efectuar, gerenciar y satisfacer las necesidades individuales del cliente, familia y comunidad mediante la prevención y la promoción de salud respetando sus valores, creencias y raza.

PALABRAS CLAVES: **ENFERMERA COMUNITARIA, ROL ENFERMERA, MAIS, EDUCACIÓN PACIENTES.**

SUMMARY

In the community of Esmeraldas Chiquito Area No. 3 Guayaquil belonging to the area of influence of the SCS Guangala , the population was subject to risks affecting their health and lack of nursing staff with a catchment area of 45900 inhabitants, reduced physical space of the Operations Unit , lack of equipment and supplies, did not go to Sub.Centro , being this government policy promotion and prevention , it was necessary to determine the role that the community nurse in the comprehensive care model and Intercultural and Community Health , implementing a management plan of education to families of greater risks. The aims of this research were as follows Determine the management role of the nurse in the Comprehensive Care Model Program and Intercultural and Community in Esmeraldas Chiquito Cooperative; Making a diagnosis of health status of the community by incorporating the intercultural approach , comprehensive and community , to determine the existence of the most common health problems and common , to identify the characteristics of the families which have increased vulnerability and affiliation ; study behaviors , attitudes against major health problems identified; design a management plan to educate families with higher risks. It was a descriptive and experimental, to comply with this research applied direct observation, document analysis, interviews. The results of the research were changing health habits and knowledge of preventive measures against the most common health issues such as safe drinking water, good removal of solid and liquid waste, the non-presence of animals within housing, home improvement has increased immunization, family planning, pap. It was concluded that the role managing nurse depends on its ability to identify, conduct, manage and meet the individual needs of the client, family and community through prevention and health promotion respecting their values , beliefs and race.

KEY WORDS: **COMMUNITY NURSE, NURSE ROLE, MAIS, EDUCATION PATIENT**

ÍNDICE

1.	**INTRODUCCIÓN**	1
1.1.	DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.2.	OBJETIVOS	3
1.2.1.	OBJETIVO GENERAL	3
1.2.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
1.3.	HIPÓTESIS	4
1.4.	VARIABLES	4
2.	**MARCO TEÓRICO**	5
2.1.	SITUACIÓN ACTUAL DEL PROCESO DE IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD (MAIS)	5
2.1.1.	ANTECEDENTES	5
2.1.2.	MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y SU DESARROLLO	8
2.1.3.	DEFINICIÓN DE MAIS (MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL E INTERCULTURAL Y COMUNITARIO EN SALUD)	10
2.1.4.	DEFINICIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL	10
2.2.	ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, FAMILIAR Y COMUNITARIO	10
2.2.1.	ENFOQUE DE DERECHOS COMO PARTE DEL MODELO DE ATENCIÓN	11
2.2.2.	ENFOQUE DE GÉNERO	12
2.3.	EL MAIS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	12
2.3.1.	PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL	15
2.3.2.	DETERMINANTES DE LA SALUD	17
2.4.	LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD RENOVADA	20
2.4.1.	EPIDEMIOLOGIA COMUNITARIA	22

2.4.2. EL ENFOQUE DE EVITALIDAD COMO UNA HERRAMIENTA HACIA LA EQUIDAD Y LA SOLIDARIDAD EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD Y EN LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD 23
2.4.3. LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD Y EN LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD 24
2.4.4. LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD Y EN LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD 24
2.4.5. ENFOQUE DE INTERCULTURALIDAD EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD Y EN LA RED PUBLICA INTEGRAL DE SALUD 25
2.5. INTEGRAR A LA SALUD MENTAL EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD Y EN LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD 27
2.5.1 ESTRATEGIA NUTRICIÓN ACCIÓN DESNUTRICIÓN 29
2.5.2. ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS 30
2.5.3. ESTRATEGIA NACIONAL INTERSECTORIAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR 31
2.6. PROPÓSITO, OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS DEL MAIS 33
2.6.1. REFERENCIAS PARA ELABORAR EL NUEVO MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL FAMILIAR COMUNITARIO 34
2.7. PLURICULTURALIDAD E INTERCULTURALIDAD EN EL ECUADOR 40
2.7.1. LA ORGANIZACIÓN POLÍTICA COMUNAL Y LA ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA 46
2.7.2. LA CULTURA AFROECUATORIANA 47
2.7.3. LA SALUD Y LA ENFERMEDAD COMO TÉRMINOS CULTURALES 51
2.7.4. CONCEPCIONES DE SALUD, DOLENCIA Y ENFERMEDAD EN ALGUNOS PUEBLOS IBEROAMERICANOS 53

2.7.5. DESDE LA DOLENCIA Y LA ENFERMEDAD A LA MUERTE 54
2.7.6. ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES EN EL ECUADOR 57
2.7.7. CAUSAS DE MORTALIDAD EN EL ECUADOR 57
2.7.8. TIPOS DE CÁNCER MÁS FRECUENTES EN EL ECUADOR POR CIUDADES 58
2.8. PERSPECTIVAS HISTÓRICAS DE LA ENFERMERÍA 59
2.8.1. GESTIÓN DE CAMBIO EN ENFERMERÍA 60
2.8.2 EL CAMBIO COMO ACCIÓN ORGANIZACIONAL 62
2.8.3. EL CAMBIO COMO INCREMENTALISMO PROGRESIVO 62
2.8.4. EL CAMBIO COMO PERSPECTIVA GLOBAL 62
2.8.5. GERENCIA DEL CAMBIO 63
2.8.6. AUMENTO DE LA PROFESIONALIDAD 64
2.8.7. SOCIALIZACIÓN DEL EJERCICIO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA 66
2.9. ROL GERENCIAL DE LA ENFERMERA EN SALUD COMUNITARIA 71
2.9.1. COMUNIDAD 74
2.9.2. POCESO DE ENFERMERÍA 75
2.9.3. OBJETIVOS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA 76
2.9.4. FAMILIA 77
2.9.5. PERSONA 78
2.9.6. ATENCIÓN DOMICILIARIA 79
2.9.7. GERENCIA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA 80
2.10. DESCRIPCIÓN DE PALABRAS CLAVES (MAIS) 83

3. MATERIALES Y MÉTODOS 84

3.1. MATERIALES 84
3.1.1. LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN 84
3.1.2. PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN 84
3.1.3. RECURSOS EMPLEADOS 84
3.1.3.1. RECURSOS HUMANOS 84

3.1.3.2. RECURSOS FÍSICOS 85
3.1.4. UNIVERSO 85
3.1.5. MUESTRA 85
3.2. MÉTODOS 86
3.2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN 86
3.2.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN 86
3.2.3. TÉCNICAS DE INVESTIGACION 87

4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN 88

4.1. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE SALUD DE LA COMUNIDAD ESMERALDAS CHIQUITO INCORPORANDO EL ENFOQUE INTERCULTURAL, INTEGRAL Y COMUNITARIO 88
4.2 DETERMINACIÓN DE LA EXISTENCIA DE LAS PROBLEMÁTICAS DE SALUD MÁS FRECUENTES Y COMUNES 97
4.3 IDENTIFICACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS QUE PRESENTEN MAYOR VULNERABILIDAD Y SU FILIACIÓN 109
4.4. ESTUDIO DE LAS CONDUCTAS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS FAMILIAS FRENTE A LAS PROBLEMÁTICAS DE SALUD DETECTADAS 113
4.5. DISEÑO DE UN PLAN GERENCIAL PARA EDUCAR A LAS FAMILIAS CON MAYORES RIESGOS 120

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 124

5.1. CONCLUSIONES 125
5.2. RECOMENDACIONES 126

6 BIBLIOGRAFÍA 127

7. ANEXOS 129

1. INTRODUCCION

Durante los últimos años el sistema ha tenido modificaciones orientadas al fortalecimiento de la enfermería en salud comunitaria desempeñando una variedad de funciones en su práctica profesional. Entre las funciones que son especialmente importantes se destacan la atención a la salud, docencia, administración, asesoría e investigación.

Para llevar a cabo las funciones de enfermería deben realizar una serie de actividades que se describen: Proporcionar una atención integral a las personas y las familias, basada en conocimientos amplios y profundos en las ciencias de la salud y salud comunitaria aplicando con destreza la metodología adecuada, para poder identificar; diagnosticar a los grupos de la población que sufren riesgos en su salud, y evaluar los programas de enfermería en salud comunitaria, vigilar el estado de salud de los grupos, desarrollando actitudes para movilizar los recursos y poder participar en la actividades de desarrollo, la atención domiciliaria y la atención a grupos que pertenecen a la comunidad.

La atención de la enfermería domiciliaria comenzó en la calle Henry en el lado este de la ciudad de Nueva York finalizando el siglo XIX. La meta de la enfermera en este tiempo es la protección y el mejoramiento de la salud de todos los miembros de la familia. Para conocer las condiciones ambientales, socioeconómicas, y todas las condiciones que afectan la salud individual y comunitaria, la misma enfermera brinda su atención a un individuo en su residencia.En nuestra cultura occidental, hasta fines del siglo XVIII y principios del XIX la figura del médico estaba separada de la muerte. El médico acompaña al paciente mientras ―hay algo que hacer, cuando excedían sus posibilidades de accionar el agonizante quedaba al cuidado de su familia.

Al surgir la medicalización, comienza una fuerte intervención médica. La sanidad comienza a ser regulada y controlada por parte del Estado. El médico o la enfermera se convierten en el consejero y experto en observar, corregir y mejorar el cuerpo.

Es su función de higienista, más que su prestigio como terapeuta, el que asegura su posición privilegiada en la sociedad. A partir del siglo XIX se comienza a confiar en el diagnóstico médico. Surge la medicina moderna, se crea el estetoscopio (1818) que llevan a la certeza y confianza en el diagnóstico médico de la muerte. Ella deja de ser patrimonio de la religión y de la filosofía, para ser una cuestión de la ciencia médica. En nuestra cultura, los ritos funerarios de siempre, tales como los velatorios, preservación del luto y el tiempo de duelo, significaban mucho más que una demostración de respeto y afecto a la memoria del difunto. Eran una estrategia defensiva, que tomando como pretexto el interés del muerto, desempeñaban una función fundamental: preservar el equilibrio individual y social en los vivos. Otros ritos como el doblar de las campanas o el paseo del cortejo fúnebre reforzaban ese significado de compartir el dolor con la comunidad.

Por lo general la visita domiciliaria se realiza cuando es remitida por medio de un médico o porque la trabajadora social lo solicita. Para la atención en este ámbito el profesional de enfermería utiliza técnicas de grupo; pudiendo actuar como líder de grupos de población, pacientes o miembros de una familia que representan un mismo problema, que comparten necesidades de salud. Los sectores de la población que de una manera más directa reclaman la atención de la enfermería son, entre otros, las personas ancianas, los enfermos crónicos, las mujeres, los jóvenes, y los colectivos de trabajadores. Se ha considerado este tema de investigación ya que últimamente en Ecuador se está implementando el Modelo de Atención Integral e Intercultural y Comunitario en las zonas urbanas marginales y rurales en donde la enfermera desarrolla y aplica de forma integral en el marco de la salud pública el proceso de salud-enfermedad.

Los problemas del entorno y de situación económica obstaculizan la ejecución de las políticas de salud y de los propios que involucran creencias, cultura, estilos de vida, red de apoyo, el concepto de salud propia debe ser conocido por enfermería en forma total para lograr una planificación acertada de la gerencia, del cuidado de manera responsable, aplicando liderazgo, conocimiento y objetividad.

1.1 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

En vista que las familias del Estero Mogollón están sometidas diariamente a riesgos vulnerables, hace que la enfermera sea el nexo entre el servicio de salud y las familias en la comunidad, formando parte de los equipos básicos de atención de Salud EBAS en donde la gerencia de enfermería es más eficaz en la prevención que en la curación previo a un diagnóstico situacional de salud de dicha población, en donde conoce las características y los riesgos de las familias y toma decisiones, implementando un plan de acción gerencial para que el individuo, la familia y la comunidad adquieran hábitos y conductas de higiene para el mejoramiento del bienestar físico y psicológico de cada miembro familiar que fomente su auto cuidado en la promoción y prevención de riesgo en la comunidad Esmeraldas Chiquito del Área de Salud 3 en Guayaquil en el año 2.011.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el rol gerencial de la enfermera en el Programa Modelo de Atención Integral e Intercultural y Comunitario en la Cooperativa Esmeraldas Chiquito.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar un diagnóstico de situación de salud de la comunidad Esmeralda Chiquito incorporando el enfoque intercultural, integral y comunitario.
- Determinar la existencia de las problemáticas de salud más frecuentes y comunes.
- Identificar las características de las familias que presenten mayor vulnerabilidad y su filiación.
- Estudiar las conductas, actitudes y prácticas de las familias frente a las principales problemáticas de salud detectadas.
- Diseñar un plan gerencial para educar a las familias con mayores riesgos.

1.3 HIPÓTESIS

Si se dispone de un estudio adecuado en salud familiar en la Cooperativa Esmeraldas Chiquito Área de Salud Nº 3 Sub. Centro Guangala, que permita conocer las problemáticas de salud más frecuentes de las familias con mayores riesgos, se podrá determinar el rol gerencial de la enfermera mejorando el Programa del Modelo de Atención Integral e Intercultural en Salud (MAIS).

1.4 VARIABLES

Variable Dependiente: Rol Gerencial de la Enfermera.

Variable Independiente: Programa Modelo de Atención Integral e Intercultural.

Variables Intervinientes: Filiación, problemas de salud frecuentes, familias vulnerables.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 SITUACIÓN ACTUAL DEL PROCESO DE IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD (MAIS).

2.1.1 ANTECEDENTES

La salud es un derecho que no se vive con equidad. La desigualdad en obtener una buena salud tiene origen en los problemas económicos que provocan entre otras, desigualdades de género, etnia y generación.

Para poder intervenir en un determinado problema de salud, es necesario comprender la realidad social compleja y diversa. Su conocimiento y las acciones de salud deben contextualizarse considerando las historias y experiencias de vida particulares, en contextos y momentos históricos diferentes.

En las Américas mueren cada año alrededor de 400.000 niñas y niños menores de 5 años. Aproximadamente 260.000 mueren por enfermedades que podrían ser evitadas o tratadas fácilmente. Esta mortalidad infantil está relacionada con factores económicos, políticos, sociales y culturales, especialmente en los países en desarrollo y en los lugares más desprotegidos. (12)

En América Latina, la media de mortalidad infantil está por arriba de 20 por 1000 nacidos vivos, la media de mortalidad neonatal en 14.6 por 1000 nacidos vivos y más del 70% de las muertes infantiles suceden en el periodo neonatal. De las muertes neonatales, el 60% ocurren en la primera semana de vida, según expresa la OPS (2007).

Más de la mitad de las muertes en las niñas y niños menores de un año suceden en el periodo entre el parto y los primeros dos meses de vida. Este hecho representa un gran desafío, tanto para el personal de los servicios de salud como para la sociedad, ya que son el resultado no solo de las condiciones de salud y educación de la madre, sino la falta de información, de acceso a la atención prenatal, al parto limpio, seguro y por

personal calificado y al postparto, así como los cuidados inmediatos y de calidad al recién nacido, promoviendo el apego inmediato y la lactancia materna exclusiva**. De esta manera se transforma un acontecimiento normal y privilegiado, en un momento de angustia, temor y muchas veces de muerte.**

Según expone en Enfermedad (OPS/OMS, 1989) enfermedades re emergentes (TBC) o maltrato a diferencia de las niñas y niños mayores, que más del 70% fallecen de neumonía, diarrea y desnutrición, los menores de 2 meses de edad mueren principalmente de problemas respiratorios, prematuros, bajo peso, infecciones y asfixia, que pueden ser evitados con políticas de atención primaria de salud e intervenciones sencillas, basadas en evidencia y de bajo costo.

Desde su creación como Ministerio de Salud es un interés histórico, tener como eje estratégico, la implementación de los acuerdos signados por el Ecuador en la conferencia de Alma Ata; el primer impulso fue la construcción de los Hospitales Cantonales, la estructuración de las áreas de salud y el programa de salud rural. [(12)]

Luego se dan varias iniciativas con diversos resultados, Salud Familiar Integral y Comunitaria, SAFIC, el programa de Fortalecimiento y Ampliación de los servicios básicos de Salud FASBASE, Modernización y desarrollo de las redes, MODERSA. Si bien la intención fue establecer una concepción integral de salud, dando prioridad a las actividades preventivas frente a las reparativas y de rehabilitación, lamentablemente no se dio la continuidad de las propuestas, ni tampoco fue empoderada la concepción por parte de la Institución. El resultado tangible la ampliación de la infraestructura de primero y segundo nivel, la presencia sanitaria del Estado en el sector rural y urbano marginal. [(26)]

En la misma proyección de reforma del sector salud, con los mismos justificativos se plantea la creación del Proyecto Aseguramiento Universal de Salud (PROAUS) al igual que los anteriores tuvieron financiamiento del BID, del concepto de APS, se trasladan a los SILOS y con este a la cobertura mixta de la seguridad social con la participación de todos los proveedores.

Inicialmente estuvo trabajando coordinadamente con la instancia que se encargaba del desarrollo de los objetivos del milenio. (SODEM), con dos objetivos mejorar la calidad de servicios y la ampliación de la cobertura, para los dos quintiles más pobres identificados en el bono de desarrollo humano. Inicialmente participaron los municipios de Quito y Guayaquil, la cooperación belga, OPS/OMS. Con el Acuerdo 343 del 3 de julio 2007, la Ministra anterior transforma la Subsecretaría de Aseguramiento Universal a Subsecretaria de Extensión de la Protección Social en Salud.

La OMS, recogiendo las experiencias exitosas locales, nuevamente propone reactivar la APS como estrategia válida, reconociendo la necesidad de relacionarla con la reforma estructural del sector salud, que requiere insertarse en la reivindicación de justicia, mejores condiciones de vida, mayor presupuesto, apoyo político.

Esto se ha denominado APS renovada, convocando a una acción mundial para acercarse a las metas de los Objetivos del Milenio.

La introducción de la Promoción en Salud fue más tardía, una década posterior a la APS, en sus líneas estratégicas desde una concepción multi-causal toma como ámbitos de acción, las condiciones del entorno, las políticas estatales y las actitudes personales, dejando explícito que la consecución de éstas se relaciona con la abogacía, el cabildeo, la participación y acción política. Esta propuesta tiene una intensa relación con los cambios en los perfiles epidemiológicos, las nuevas epidemias crónicas degenerativas, los cambios medioambientales, los conflictos internos y externos. Se asume para esta investigación, el concepto que en la Carta de Ottawa se le dio a los términos: "proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma". [(25)]

El entorno saludable depende de una actividad intersectorial donde la acción del sistema de salud es una parte.

En este mismo tenor hay la propuesta para transformar la educación para los profesionales de salud, conceptual y práctica para poder contar con recursos humanos

que estén en condiciones de responder al reto. Educación basada en la evidencia, educación activa en la comunidad, educación activa participativa, aprendizaje basado en problemas, la comunidad como eje del aprendizaje, propuestas complementarias e ineludibles para hacer efectiva la APS: Establecer de manera conjunta la cantidad, el perfil y la modalidad pedagógica para una gestión óptima de recursos humanos, con procesos de selección, promoción y ubicación que permita motivación laboral, este reto se lo construye conjuntamente con los centros formadores de recursos.[4]

2.1.2 MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y SU DESARROLLO

La propuesta de reforma del sector salud en anteriores administraciones, estuvo orientada a conformar un sistema nacional de aseguramiento, que promovía la intervención de los gobiernos locales en este proceso de iniciativa nacional con las experiencias en Quito y PAP en Guayaquil.

A esta iniciativa que crea la Subsecretaria de Extensión de la Protección Social apoya el BANCO INTERNACIONAL DE DESARROLLO) BID) en su proyecto de salud. Cuando se dan los cambios constitucionales y de gobierno este financiamiento pasa a repartirse en tres componentes definidos en su línea de gasto:

INFRAESTRUCTURA: Bajo este componente se financió la compra de equipos médicos, medicamentos y la rehabilitación y construcción de la infraestructura de los establecimientos de salud de primer nivel de atención.

PRO-AUS: Programa de Aseguramiento Universal en Salud, en los cantones de Quito, Guayaquil y Cuenca. Para este subcomponente se reconocieron los gastos comprendidos entre el 28 de junio de 2006 y el 31 de octubre del 2009, presentados en las solicitudes de desembolso No. 1, 4 y 6. Una vez que se declara la gratuidad de la salud se suspende el apoyo a las dos propuestas y se abre la posibilidad de concretar la implementación del nuevo modelo. [15]

MAIS: Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria. Este subcomponente es de alcance nacional, que funciona en todas las provincias del país. Para este subcomponente se reconocen los gastos comprendidos entre el 1ro de enero de 2008 al 31 de diciembre del 2010

LÍNEAS ESTRATÉGIGAS DEL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD, que comprende:

La creación de equipos básicos de salud (EBAS) para prestación de sus servicios en las áreas de salud, y están integrados por: un médico, una obstetra, una enfermera y un odontólogo, contratados bajo la denominación EBAS (contrato EBAS), EBAS INICIAL quienes trabajan exclusivamente en los objetivos y metas del modelo, asignado a los quintiles Q1 Y Q2.[(12)]

El EBAS IDEAL estaría conformado por:

- 1 MÉDICO (médico/a general, familiar o comunitario):
- 1 ODONTÓLOGO
- 1 ENFERMERA
- 1 OBSTETRIZ
- GESTORES COMUNITARIOS DE SALUD
- 1 EDUCADOR PARA LA SALUD
- 1 AUXILIAR DE ENFERMERÍA
- 1 PARTERA COMUNITARIA
- 1 PROMOTOR DE LA SALUD (Líder comunitario)

Este equipo tiene señaladas actividades integrales preventivas y curativas con un amplio margen, para de acuerdo a cada diagnóstico, establecer las estrategias más apropiadas, remitiendo los problemas de mayor complejidad, participación con la comunidad y sus representantes en procesos de planificación y evaluación, diseño y ejecución de propuestas educativas. Estas actividades no están señaladas en el contrato modelo por prestación de servicios, estableciendo el jefe de área su ámbito de trabajo, por ejemplo:

- 1 EBAS responsable de entre 500 a 600 familias en el área rural
- 1 EBAS responsable de entre 900 a 1000 familias en el área urbana y urbana marginal.

2.1.3 DEFINICIÓN DE MAIS (MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL E INTERCULTURAL Y COMUNITARIO EN SALUD).

MAIS es el conjunto de políticas, normas, estrategias, procedimientos, instrumentos y recursos los cuales permiten la implementación del Modelo de Atención en el Sistema Nacional de Salud, con un enfoque integrado, integral (promoción, prevención, curación y rehabilitación), con calidad y calidez y cuyas acciones se aplican en el individuo, familia, comunidad y medio ambiente; promoviendo también la participación social como estrategia fundamental en la solución de los problemas de salud de la comunidad.[3]

2.1.4 DEFINICIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL.

Se entiende por atención integral: "la provisión continua y con calidad de una atención orientada hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, para las personas, en el contexto de su familia y comunidad. Dicha atención está a cargo de personal de salud competente, a partir de un enfoque biopsicosocial, quienes trabajan como un equipo de salud coordinado y contando con la participación de la sociedad". [10]

2.2 ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, FAMILIAR Y COMUNITARIO

Este enfoque se orienta a la promoción, la prevención y a solucionar los problemas de salud de la comunidad, fomentando el grado máximo de corresponsabilidad y participación de la ciudadanía, el trabajo en equipo del personal de salud, la articulación intersectorial y el funcionamiento de la red de referencia y contra referencia.

El modelo de atención familiar y comunitaria exige una visión más amplia del proceso salud-enfermedad, que desarrolle la protección y recuperación de las capacidades, remanencias y potencialidades individuales y colectivas para una vida saludable e integral. Implica mirar a la persona y sus demandas específicas que comparten de una familia, barrio, comunidad o vecindad inmersa en un contexto social, cultural, histórico y político.

La familia, en sus diversidades, se entiende como el núcleo social básico que acoge a la persona y permite el desarrollo de sus capacidades o la rehabilitación de sus discapacidades, y se define a la comunidad como el colectivo de personas, familias o redes sociales que conviven en un espacio territorial determinado y que deben potencializar el desarrollo incluyente de sus miembros.

La continuidad y complementariedad de la atención exigen la construcción y funcionamiento del sistema de referencia y contra referencia en la red de servicios del Sistema Nacional de Salud, según niveles de resolución. El Modelo de Atención Integral, integrado y continuo (durante todo el ciclo vital), con enfoque Comunitario, Familiar e Intercultural, incorpora las prácticas de las medicinas ancestrales, alternativas y complementarias, el fortalecimiento de la atención primaria, la participación ciudadana en la gestión y el control social en salud. [11]

2.2.1 ENFOQUE DE DERECHOS COMO PARTE DEL MODELO DE ATENCIÓN

Las personas son titulares de los derechos estipulados en la Constitución y en los instrumentos internacionales vinculantes. En el caso de atención en salud estos derechos están referidos a garantizar privacidad, gratuidad, acceso permanente e ininterrumpido, Confidencialidad, a decidir, a ser atendidos sin discriminación alguna, a recibir información clara, veraz y oportuna y a ejercer todos los derechos sexuales y derechos reproductivos. El modelo de atención estará regido por los principios de equidad,

universalidad, solidaridad, Interculturalidad, calidad, calidez, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. [14]

2.2.2 ENFOQUE DE GÉNERO

El género es una categoría de análisis que permite comprender las construcciones sociales y culturales que marcan la identidad como hombres o mujeres y sus formas de relación, e identificar las relaciones de poder que se establecen a partir de estas construcciones, que determinan condiciones de discriminación, subordinación y exclusión, especialmente para las mujeres y los grupos históricamente discriminados: adolescentes, jóvenes, personas con discapacidad y personas diversas sexualmente.

2.3 EL MAIS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

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

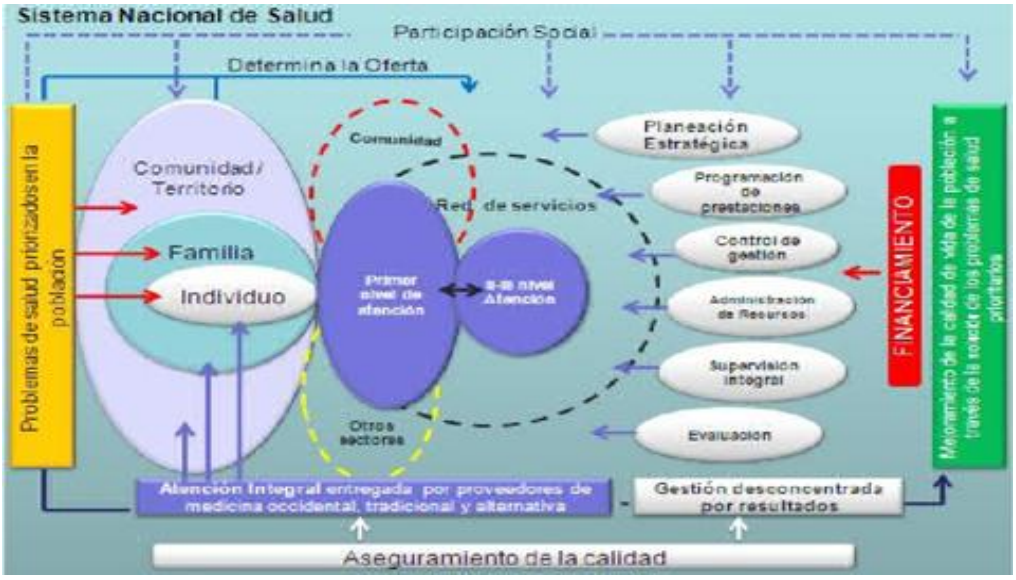


Fig. 1 Modelo del MAIS. [Fuente: MAIS]

Los principales cambios propuestos por el MAIS en relación al antiguo modelo de atención son:

- La integralidad parte de considerar al individuo y a la familia como el centro de la respuesta social en salud, tomando en cuenta a nivel individual la multidimensionalidad de la persona en su relación cultural, social, política y el medio ambiente y que además, la atención debe responder a las necesidades que se presenta en cada etapa de su vida; por otro lado la familia es la base de la sociedad, ésta interactúa con su medio social, cultural, ambiental, lo que define las condiciones familiares donde crecen y se desarrollan sus miembros.
- La incorporación en los servicios del concepto de Cuidado de la Salud y no solamente a la atención de la enfermedad. En este sentido se prioriza el desarrollo de prácticas en promoción y prevención, sin descuidar lo curativo y la rehabilitación (integralidad).
- Una nueva organización de los servicios que pasen de una estructura jerarquizada en la cual el hospital es el centro del sistema, a una estructura en Red que modifica la forma en que los niveles e instancias de atención se coordinan y se distribuyen sus funciones con la finalidad de acercarse a la población fundamentalmente a quienes más lo necesitan (equidad); por tanto el primer nivel de atención es el centro del sistema.
- El MAIS integra y consolida la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) en los tres niveles de atención. Con enfoque familiar, comunitario e intercultural.
- Reorienta los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad con énfasis en la participación organizada de los sujetos sociales.
- Fortalece la curación, recuperación, rehabilitación de la salud para brindar una atención integral de calidad y de profundo respeto a las personas en su diversidad y entorno.
- Crea estrategias para el desarrollo y la gestión de talento humano a través de procesos de capacitación continua, la carrera sanitaria y la formación en los servicios.
- Impulsa la participación plena de la comunidad y de los colectivos organizados.
- Fortalece la planificación e intervención intersectorial que permite intervenir sobre los determinantes de la salud.

- Fortalece la vigilancia epidemiológica.

Para llevar a cabo el MAIS en el país se realizó la territorialización, que se dividió al país en 139 Distritos Administrativos en 9 zonas de planificación.

Los Distritos (cantón o conjunto de cantones) coinciden en un 80% con la actual delimitación de Áreas de Salud, pero serán comunes para todo el sector social y otros sectores como Policía Nacional facilitando la articulación intersectorial.

TERRITORIALIZACIÓN

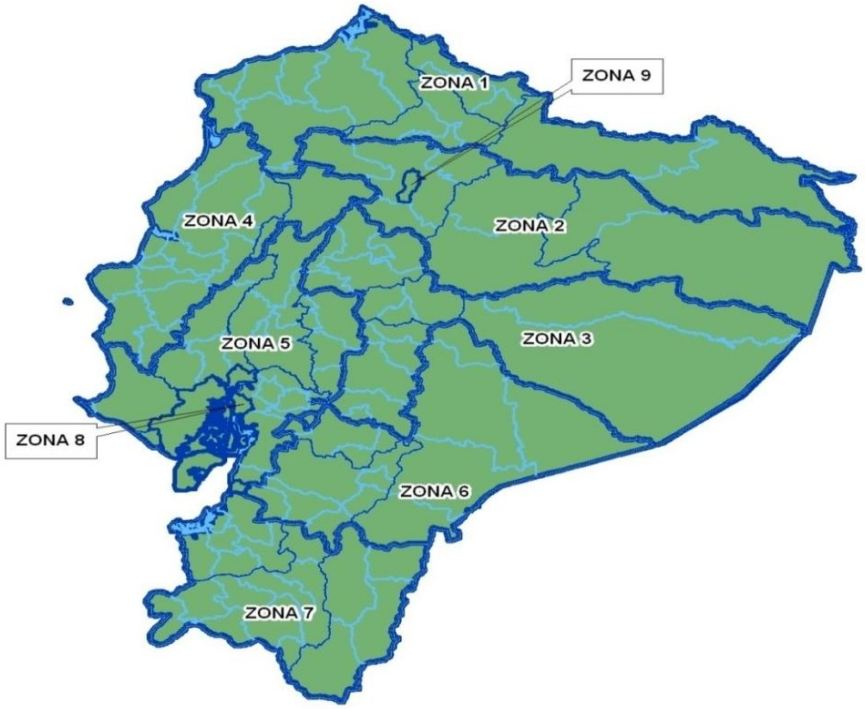


Fig. 2.2 Mapa de las zonas de Planificación en el Ecuador para implementar el MAIS.

La red pública integral de salud será en un 100% el mismo que estará distribuido de la siguiente manera.

- 5% Hospitales de referencia Nacional III Nivel.

- 15% Hospitales generales, hospitales básicos II Nivel.
- 80% Puestos de Salud, centros de Salud rural, centro de salud urbano, I Nivel.
- Utilizando el sistema de referencia y contra referencia.

2.3.1 PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL

- **Universalidad progresiva en el acceso y la cobertura:** Implica que los mecanismos de organización, provisión, gestión y financiamiento son adecuados y suficientes para cubrir a toda la población, eliminando las barreras de acceso a la salud.

- **Integralidad**: Atención a las personas, a los riesgos y condiciones que afectan su salud; involucra acciones de promoción prevención, recuperación y rehabilitación de las personas, familias, comunidad y medio ambiente. Interrelaciona y complementa actividades sectoriales, ciudadanas, e interrelaciona los diversos sistemas médicos (medicina formal / medicinas ancestrales / alternativas / complementarias). [22]

- **Equidad:** Eliminación de diferencias injustas en el estado de salud; acceso a la atención de la salud y ambientes saludables; trato equitativo en el sistema de salud y en otros servicios sociales. La equidad es un requisito para el desarrollo de las capacidades, las libertades y el ejercicio de los derechos de las personas.

- **Continuidad:** Es el seguimiento al estado de salud de una persona; el control de los riesgos y factores determinantes para la salud de las personas y su medio ambiente; atención de cualquier episodio de enfermedad específica hasta su resolución o deficiencia hasta su rehabilitación.

- **Coordinado e integrado**: Es la articulación de la red de servicios con otros sectores institucionales y la ciudadanía organizada, destinada a garantizar respuestas integrales, sustentables y sostenibles según los requerimientos de

salud, la satisfacción de la demanda y su atención continua en la red plural de servicios de diversa complejidad. Para que se realice, se requiere del fortalecimiento y sostenibilidad de un sistema de referencia y contra referencia.

- **Participativo:** Convierte a los individuos en socios activos, tanto en la toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, como en la definición de las prioridades, la rendición de cuentas, y en la generación de una cultura de auto cuidado. [17]

- **Desconcentrado:** Transferencia de competencias de una entidad administrativa del nivel nacional a otra jerárquicamente dependiente (nivel regional, provincial o distrital), siendo la primera la que mantiene la rectoría y asegura su calidad y buen cumplimiento.

- **Eficiente, eficaz y de calidad:** Optimización y uso racional de los recursos, orientados a la satisfacción de las necesidades de las personas, principalmente de los grupos poblacionales más desprotegidos o en situación de riesgo. La eficiencia del gasto se define como la implementación de mecanismos y procedimientos que garanticen un mayor rendimiento de los recursos.

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

El MAIS se orienta a la construcción, cuidado y recuperación de la salud en todas sus dimensiones: biológicas, mentales, espirituales, psicológicas y sociales y pone en el centro de su accionar la garantía del derecho a la salud de las personas, las familias, la comunidad y desde este enfoque organiza las modalidades y contenidos de la prestación de servicios integrales, la articulación intersectorial y la participación ciudadana.

2.3.2 DETERMINANTES DE LA SALUD

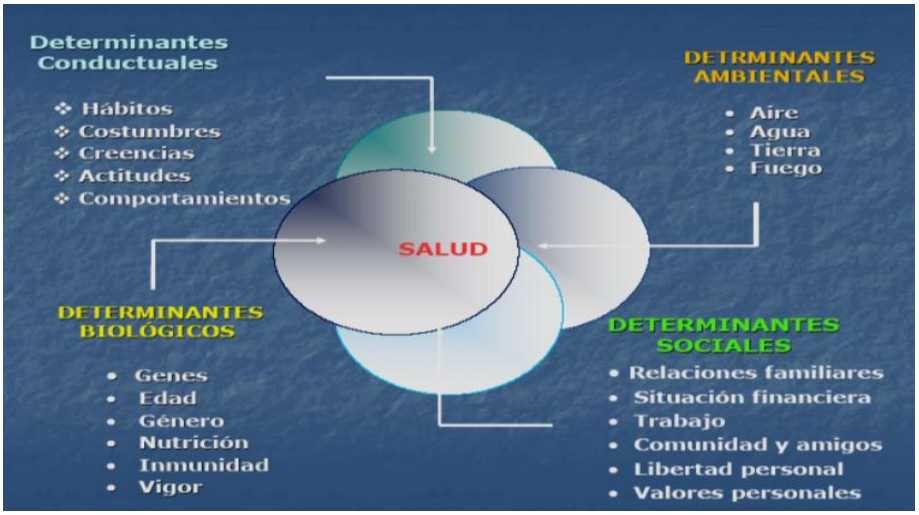


Fig.2.3 Determinantes que actúan en el factor salud.

Se denomina al Conjunto de variables que tienen el potencial para generar protección o daño, es decir, son condiciones que determinan la salud. Son un conjunto de factores complejos que al actuar de manera combinada determinan los niveles de salud de los individuos y comunidades. [15]

Los determinantes de salud que el MAIS-FCI asume es el modelo elaborado por la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS son:

Contexto socioeconómico y político.

Se refiere a factores estructurales del sistema social que afectan de forma significativa a la estructura social. Se incluyen los siguientes aspectos: a) gobierno en su aspecto amplio, b) políticas macroeconómicas como, por ejemplo, las políticas fiscales o las políticas que regulan el mercado de trabajo; c) políticas sociales que afectan al mercado de trabajo, al estado del bienestar y a la distribución de la tierra y la vivienda; d) otras políticas públicas (educación, atención sanitaria, etc.), y e) valores sociales y culturales, como el valor que la salud y los servicios de salud tienen para la sociedad.

Aún se dispone de pocos estudios que relacionen el contexto político con la salud y las desigualdades en salud de la población, aunque ya hay algunos que demuestran la influencia de la tradición política en la salud, en el sentido de que los países con tradición socialdemócrata potencian un estado del bienestar más extenso, con menos desigualdades de renta y políticas de pleno empleo, y logran mejores resultados en algunos indicadores de salud (sobre todo, se ha estudiado la mortalidad infantil) y menores desigualdades de salud.

Posición socioeconómica.

En este apartado también se incluyen determinantes estructurales de las desigualdades en salud, como los distintos ejes de desigualdad de la estructura social, en concreto la clase social, la posición socioeconómica, el género y la pertenencia étnica. Estos ejes determinan las oportunidades de tener una buena salud y ponen de manifiesto la existencia de desigualdades en salud debidas a las jerarquías de poder o de acceso a los recursos, en las que resultan más beneficiadas las personas de clases sociales privilegiadas o grupos que detengan el poder en las relaciones sociales.

La desigualdad que se produce se define relacionalmente, en el sentido de que el mayor poder y el mejor acceso a los recursos por parte de las personas más privilegiadas están en relación con el menor poder y el peor acceso de las más desfavorecidas. Estos ejes de desigualdad están relacionados con el concepto de discriminación o de «las relaciones de clase, género o etnia injustas basadas en prácticas institucionales e interpersonales donde miembros de un grupo dominante adquieren privilegios a base de subordinar a otras personas, y justifican estas prácticas mediante ideologías de superioridad o diferencias», que se denominan clasismo, sexismo o racismo.[18]

Los determinantes intermedios o factores intermediarios.

La estructura social determina desigualdades en los factores intermediarios, los cuales, a su vez, determinan las desigualdades en salud. Estos factores son: a) las

circunstancias materiales, como la vivienda, el nivel de ingresos, las condiciones de trabajo o el barrio de residencia; b) las circunstancias psicosociales, como la falta de apoyo social, las situaciones de estrés (acontecimientos vitales negativos), el poco control, etc.; c) los factores conductuales y biológicos, como los estilos de vida que dañan la salud, y d) el sistema de salud, pues aunque los servicios sanitarios contribuyen muy poco a las desigualdades en salud, el menor acceso a ellos y su menor calidad para las personas de clases sociales menos favorecidas es una vulneración de los derechos humanos. Además, el pago de los servicios de salud puede llevar a la pobreza a la población de estas clases sociales.

Determinantes medio ambientales

La mayor parte del consumo de agua en el Ecuador es para el riego (80% del total de agua captada). Su uso doméstico es relativamente bajo. Del agua utilizada para el uso doméstico únicamente el 5% recibe tratamiento; el resto regresa a los afluentes en forma de aguas negras con un alto contenido orgánico y contaminante. El porcentaje de viviendas con acceso a agua entubada por red pública dentro de la vivienda ha crecido progresivamente. Según los datos de las encuestas de condiciones de vida del INEC, en 1995 el promedio nacional era del 37%, en 1999 del 40%, y en el 2006 del 48%.

El déficit del acceso a agua entubada se refleja en la brecha urbano-rural, con valores del 66% y del 14 % de cobertura respectivamente. Esta misma brecha se observa en el indicador de pobreza, donde el quintil más pobre tiene una cobertura de agua del 11% frente al 87% del quintil más rico.

La proporción de viviendas con servicio de eliminación de excretas ha pasado del 84% en 1995 al 90% en el 2006. La diferencia urbana – rural llega a 11 puntos, y la diferencia por pobreza de consumo es de 1995 pasando del 44% al 49% en el 2006. Las diferencias regionales actuales de falta de alcantarillado son evidentes; mientras que la región Sierra del país tiene el 69% de las viviendas cubiertas, en la Costa y Amazonía la cobertura no llega al 40%. Así mismo se ve una diferencia entre las zonas rurales y urbanas, con una cobertura del 29% y del 95% respectivamente. La cobertura de la

recolección de basura llega al 43% en el segmento más pobre (quintil I), y al 94% de las viviendas del quintil.

La mayoría de las provincias tienen una cobertura del 50% -75%. El Ecuador se encuentra amenazado por la acción de varios fenómenos geológicos: sismos, erupciones volcánicas e inestabilidad de terrenos, además de inundaciones sequías, granizadas, heladas, entre otros, debido a su ubicación geográfica en el denominado Cinturón de Fuego del Pacífico. Además, la actividad humana ha generado y genera deforestación, incendios forestales, derrames de petróleo, contaminación con sustancias químicas peligrosas, contaminación del agua superficial y subterránea que, en conjunto, pueden ocasionar desastres, y provocar un impacto importante en la salud directamente o alterando la disponibilidad de alimentos y del agua de calidad sanitaria.[21]

2.4 LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD RENOVADA (APS-R)

La APS-R es una estrategia que orienta el desarrollo de los sistemas de salud. Su implementación como todo proceso social, ha estado sujeta a las contradicciones e intereses económicos y políticos que configuran las formas de organización de las sociedades.

La APS-R tiene sus raíces en la APS formulada en Alma Ata (1978) que esta, a su vez recogió el pensamiento y práctica de la medicina social que inició la reflexión y demostración de los determinantes sociales de la salud y la inequidad en el acceso a los servicios que en la década de los setenta toma mucho impulso sobre todo en América Latina, unida a los procesos libertarios y de cambio social, surgiendo así valiosas experiencias locales que desde la reivindicación del derecho a la salud, pusieron sobre el tapete la necesidad de trabajar en torno al mejoramiento de la calidad de vida y la participación como elementos sustanciales para el logro de la salud.[30]

A partir de la Declaración de Alma Ata (1977) la estrategia de APS toma importancia para los Estados y las políticas nacionales de salud, sin embargo del reconocimiento formal, su aplicación es limitada en la mayoría de países.

La evidencia del fracaso del modelo de desarrollo economicista y de las políticas neoliberales, que en el campo de la salud significó profundizar la inequidad en el acceso a condiciones de vida saludables y a los servicios de salud, ha incidido en que se reposicione la estrategia de la APS como eje de los procesos de transformación de los sistemas de salud.

Tanto la Constitución Política como el Plan de Desarrollo para el Buen Vivir, establecen que la estrategia de Atención Primaria de Salud, debe ser la base de la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública Integral de Salud.

Este mandato implica reorientar el modelo de atención hacia un modelo que fortalezca la promoción y la prevención; implementar estrategias que permitan el acceso equitativo y continuo a servicios integrales de salud, que se adecuen a las necesidades y demandas de la población, al reconocer y dar respuesta a las especificidades que devienen de la diversidad étnica y cultural, del momento del ciclo vital, de género y territorial. Implica también la articulación intersectorial y la participación ciudadana en torno a procesos de desarrollo y mejoramiento de la calidad de vida. La Atención Primaria no significa exclusivamente servicios en el I nivel de atención, sino que considera que el I nivel de atención es la puerta de entrada a los otros dos niveles más complejos de atención, con la finalidad de dar atención integral y específica a las demandas individuales. [18]

Atributos esenciales de las Redes Integradas de Servicios de Salud con APS-R:

- Entrega de servicios de especialidad en el lugar más apropiado
- Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de servicios.
- La cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la promoción, prevención,,

diagnóstico precoz, atención curativa, rehabilitadora y paliativa y apoyo para el autocuidado.

2.4.1 EPIDEMIOLOGIA COMUNITARIA.

Es una concepción metodológica y una herramienta para el análisis de la realidad y la transformación de la misma, con la participación activa de la comunidad, constituyéndose en un elemento clave para la implementación del Modelo de Atención. La Epidemiologia Comunitaria se caracteriza por:

Los datos epidemiológicos que se generan no tienen un camino unidireccional (desde la periferia hacia el centro) sino que transitan en un camino de ida y vuelta, donde se validan, se enriquecen y finalmente se convierten en elementos fundamentales para el diálogo en y con las comunidades.

- No excluye el uso de la tecnología informática y de las telecomunicaciones, pero se fundamenta en el uso de la palabra, de la escucha, del pensamiento, de la reflexión; habilidades humanas que, hasta donde se conoce, no han sido todavía superadas por ningún software, Smartphone o red neural.
- Es una herramienta de uso popular, sirve para: "conocer mejor la realidad en la que vivimos para poder transformarla".
- Concibe a la comunidad como un conjunto de personas que comparten un interés o un problema común y no solamente como un lugar delimitado geográfica y demográficamente, por lo general aislado, deprimido y exótico.(Tognoni, 1998)
- Da mucha importancia al papel de la comunidad en el campo de la investigación, que a través de un proceso sistemático y participativo evalúa permanentemente en qué medida el(los) derecho(s) que ha(n) sido reconocido(s) está(n) siendo garantizado[(s).]

2.4.2 EL ENFOQUE DE EVITABILIDAD COMO UNA HERRAMIENTA HACIA LA EQUIDAD Y SOLIDARIDAD EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD Y EN LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD

Para superar las profundas brechas que históricamente se han generado en el país en cuanto a la garantía del derecho a la salud, la Autoridad Sanitaria Nacional ha establecido estrategias que a corto y mediano plazo contribuyan a enfrentar las desigualdades con mayor eficacia, priorizando desde un enfoque de viabilidad, las condiciones, problemas y territorios a intervenir.

El Vice ministerio de Gobierno y Vigilancia de la Salud por medio de la Subsecretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Publica del MSP del Ecuador ha desarrollado un modelo de priorización de enfermedades que se orienta a superar enfoques centrados exclusivamente en la carga global de la enfermedad hacia un enfoque de derechos y el logro de mayor eficiencia, eficacia e impacto social y económico en las intervenciones. En esta propuesta se construye un Índice Compuesto de Priorización para problemas de Salud (INPRIS) a partir de la combinación de criterios como la magnitud de defunciones según causa de muerte, mortalidad prematura y el índice de viabilidad del evento y de la consecuencia.[20]

Se clasificó a las enfermedades en tres grupos: de alta prioridad (18), mediana prioridad (40) y baja prioridad (50), y se estima que al intervenir en las 18 enfermedades de alta prioridad se puede evitar el 41.5% de muertes más frecuentes que se registran en el país, si se añade las 22 enfermedades de mediana prioridad se puede evitar el 61% de las muertes.

Las 18 enfermedades de alta prioridad reflejan las características del mosaico epidemiológico del país y de acuerdo a las características y determinantes de los problemas de salud priorizados, se pueden agrupar de acuerdo al tipo de intervención que se requiere para su prevención y atención integral. [24]

Esta herramienta es de fácil utilización, se articula al Modelo Integral de Salud como una herramienta de epidemiología comunitaria y permite integrar a los equipos de salud del nivel primario y secundario con la comunidad para involucrarlos en la identificación, análisis y toma de decisiones para intervenir con acciones integrales de salud.

2.4.3 LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD Y EN LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD.

Uno de los retos del MAIS-FC, es incorporar el abordaje y servicios de cuidados paliativos.

Los cuidados paliativos se orientan entre otros aspectos, a ofrecer atención integral a la persona que está en fase terminal del proceso de enfermedad, atendiendo las necesidades biológicas, psicosociales y espirituales hasta el momento de morir y, a la familia y la comunidad facilitando el acompañamiento del paciente y apoyo incluso en el proceso de duelo.

Durante todo el ciclo vital de las personas se pueden presentar enfermedades que amenazan la vida, sin posibilidad de curación y por lo tanto requieren cuidados paliativos, que se deben prestar en los tres niveles de atención de acuerdo a los protocolos establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional, cumpliendo actividades de promoción, prevención, tratamiento activo, intervenciones interdisciplinarias en estrecha relación con la familia y la comunidad.

2.4.4. LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD Y EN LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD

La APS renovada está fuertemente ligada a procesos de organización y participación social que se construyan desde las necesidades y demandas más sentidas de los seres

humanos. La posibilidad de generar espacios democráticos deliberativos y asociativos de poder ciudadano pueden convertirse a corto y mediano plazo en la oportunidad de generar procesos de trasformación en el ámbito de la salud y la calidad de vida.

El MAIS-FCI se orienta a generar condiciones y mecanismos que contribuyan a que las personas y las organizaciones sociales locales tengan el control sobre los determinantes sanitarios, a través de procesos de información, educación permanente y activa participación, facilitando el pleno ejercicio de sus derechos y responsabilidades en salud.

La generación de condiciones saludables no es posible sin participación activa de las personas como sujetos de derecho, que tienen la misión de construir sus organizaciones representativas para conocer, acordar, ejecutar y evaluar conjuntamente con los equipos de salud las intervenciones del modelo de atención. La organización local se constituye en la contraparte de veeduría del ejercicio del derecho a la salud y el funcionamiento de la red de servicios. [30]

2.4.5. ENFOQUE DE INTERCULTURALIDAD EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD Y EN LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD

La lucha y demandas de las nacionalidades, pueblos indígenas, montubio y afro ecuatorianos del país, ha permitido el reconocimiento constitucional del Ecuador como un país intercultural y plurinacional, lo que establece una nueva lógica de organización del Estado y sus instituciones para garantizar sus derechos.

La hegemonía del enfoque occidental en el quehacer sanitario y la incapacidad que han tenido las políticas y programas de salud para comprender, respetar e incorporar los conocimientos y prácticas de salud ancestrales de la medicina tradicional y medicinas alternativas, se expresa entre otros aspectos en las profundas limitaciones de acceso a

los servicios de salud, especialmente a los pueblos y nacionalidades indígenas y afro ecuatorianos. (11)

Para el sector salud el reto fundamental es incorporar de manera transversal el enfoque intercultural en el modelo de atención y gestión, y que los recursos de la medicina tradicional y medicinas alternativas sean **complementarios**.

La incorporación de la interculturalidad implica fundamentalmente un posicionamiento ético y político de reconocimiento y respeto a la diversidad que permita una interacción horizontal y sinérgica, sustentada en el conocimiento, el diálogo y el irrestricto respeto a los derechos de las personas.

En este sentido, el MSP a través de la Dirección Nacional de Salud Intercultural, ha implementado importantes avances en cuanto a la incorporación del enfoque intercultural y la adecuación cultural de los servicios, particularmente de los de atención a la mujer embarazada y la atención del parto con resultados muy positivos en cuanto a acceso y disminución de complicaciones y riesgos para la madre y el/la niña. Por otra parte, a nivel local existe una red de agentes de salud de la medicina indígena y tradicional que históricamente han tenido un papel protagónico en la atención y cuidado de la salud de la población.

El fortalecimiento del MAIS-FC implica por lo tanto definir e implementar estrategias que permitan incorporar el enfoque holístico de la salud de las culturas ancestrales y operativizar el enfoque intercultural en los diferentes niveles de atención, Para lograrlo, se requiere, entre otras acciones, la formación y capacitación del recurso humano en el enfoque intercultural, generar actitudes y condiciones para garantizar una interacción con las y los usuarios respetando sus conocimientos y prácticas de salud, y avanzar en la adecuación cultural de los servicios con la activa participación de los actores de la medicina ancestral y alternativa, que contribuyan a recuperar, fortalecer y potenciar sus saberes y prácticas en función de una atención integral.

Es así que **la interculturalidad en salud** se vincula como el enfoque **que permite la inter relación entre culturas sanitarias distintas**, aquella que se da **entre los proveedores de salud que tienen** en sus orígenes, en su preparación y formación, concepciones y prácticas distintas, que tienen credibilidad y preferencia por parte de los usuarios. Además la interculturalidad mejorará las **relaciones entre los proveedores diversos en salud y sus demandantes o usuarios que por su origen tienen y generan distintas demandas de atención en salud**. (18)

La organización de los servicios de salud al interior del Sistema Nacional de Salud, la incorporación de este enfoque permite acercar los servicios a la población porque reduce las barreras de acceso sociocultural principalmente.

Desde **la oferta de servicios de atención en salud** la interculturalidad como enfoque busca hacer efectivo el mandato constitucional donde se establece la conformación y presencia efectiva de los proveedores de las medicinas occidentales, en conjunto con las medicinas alternativas y complementarias, inter relacionados logren el bienestar del individuo, familia y comunidad respetando y considerando sus situaciones y condiciones diversas, a fin de que la provisión de servicios cumpla con criterios de pertinencia, coherencia y correspondencia.

2.5 INTEGRAR A LA SALUD MENTAL EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD Y EN LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD

La Salud Mental es definida como un estado de armonía y equilibrio del ser humano, que le permite sentirse bien consigo mismo, realizarse en relación a sus creencias, interactuar de una manera consciente, coherente y respetuosa con su entorno cultural, social, natural y con "el otro"; desarrollar valores y suscitar condiciones éticas, para construir un proyecto de vida y desarrollarse como sujeto de derechos. En este sentido, es más que la mera ausencia de trastornos mentales; e incluye bienestar subjetivo,

autonomía, competencia y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. [27]

La salud mental también se refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades y permitirles alcanzar sus propios objetivos. En este sentido, la salud mental es materia de interés para todos, y no sólo para aquellos afectados por un trastorno mental. No obstante, en la mayor parte del mundo no se le atribuye a la salud mental y los trastornos mentales la misma importancia que a la salud física. Por el contrario, ha sido objeto de abandono e indiferencia, a pesar de que los problemas de salud mental constituyen una de las causas principales de discapacidad en el mundo, puesto que un gran porcentaje de las personas con trastornos mentales no recibe atención apropiada a pesar de los avances en nuevos tratamientos (apoyo psicológico, social así como medicinal) y como consecuencia de ello, sufren en silencio.

La Organización Mundial de Salud (2001) quien afirma que "la salud mental es tan importante como la salud física para el bienestar general de los individuos, las sociedades y los países. Pese a ello, sólo una pequeña minoría de los 450 millones de personas que padecen un trastorno mental o del comportamiento está en tratamiento [19]

En el Ecuador la Constitución del año 2008 contempla la importancia de la asistencia psicológica para garantizar estabilidad física y mental a la población. De igual manera en la Ley Orgánica de Salud constan artículos relacionados directamente con algunos tópicos de la salud mental.

En el Plan Nacional para el Buen Vivir se inscriben de manera tácita aspectos relacionados a la promoción de la salud mental.

Donde se operativiza los lineamientos de los instrumentos legales citados, es en el Modelo de Atención Integral de Salud, el cual enfatiza la importancia de intervenir en las condiciones de esta dimensión de la salud, para ello, como uno de sus lineamientos generales se plantea la incorporación de la Salud Mental Comunitaria desde la organización de los servicios de salud hasta el desarrollo de los planes locales de salud ,

y que de esta manera se aspira superar los Modelos: Curativo y Clínico Biológico que marcan aún el quehacer de los servicios psiquiátricos y de salud mental en el país.

Este modelo comunitario permite comprender al individuo en sus dimensiones biológicas, psicológicas, así como sociales y políticas. Su componente más importante es la participación de la comunidad en la planificación y desarrollo de actividades enmarcadas en la estrategia de Atención Primaria de Salud, en la cual, incorporada la salud mental mejoraría el acceso de la población a los servicios, facilitaría la promoción de la salud, la prevención, identificación, manejo y el seguimiento de las personas con trastornos y/o afectaciones mentales en sus comunidades, además de reducir la estigmatización y discriminación de las personas que estén afectadas por algún trastorno. Sin contar que la atención primaria de salud mental es asequible y eficaz en función de los costos. Razón por la cual es urgente y prioritaria junto con la incorporación de la salud mental comunitaria, la implementación de una política pública que fortalezca la organización de los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de problemas de salud mental como plantea la atención primaria de salud renovada que guía este modelo de atención en el país. (19).

2.5.1 ESTRATEGIA NUTRICIÓN ACCIÓN DESNUTRICIÓN.

Que la población ecuatoriana se encuentre en buen estado nutricional, es una de las metas nacionales que ha convocado a diferentes instituciones del sector social. Desde la perspectiva del derecho a la vida y cuidado de la salud, es inadmisible que las y los niños y mujeres embarazadas estén sujetos al riesgo de desnutrición y sus secuelas, cuando es un problema eminentemente prevenible con medidas de fácil implementación pero que implican cambios culturales y prácticas tanto en los servicios y equipos de salud como en la población.

Para la implementación de esta estrategia se han definido parroquias en las que hay un mayor índice de desnutrición infantil y concentración de población en extrema pobreza. La estrategia tiene dos grandes objetivos:

a) Disminuir la desnutrición de los menores de cinco años y eliminar la desnutrición de los niños desde que nacen hasta el año de edad.

b) Desarrollar destrezas y capacidades del personal técnico del MSP para mejorar la calidad de atención, incrementar las coberturas de atención en los siguientes ámbitos: control prenatal para asegurar por lo menos cinco controles a las embarazadas, seis controles a los niños en su primer año de vida y la atención institucional al parto.

Los grupos de intervención son las mujeres embarazadas, niños/as menores de 1 año y niños/as menores de 5 años. Se ha generado mecanismos de incentivo y apoyo para las mujeres en situación de pobreza (Quintil 1 y 2) que permita superar las barreras económicas y geográficas para su acceso a los servicios de salud.

El Modelo de Atención en Salud integra las prestaciones en nutrición en los tres niveles de atención del Sistema Nacional de Salud. [12]

2.5.2 ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A PERSONAS CON PROBLEMAS CRÓNICAS DEGENERATIVAS

Las enfermedades crónicas no transmisibles ECNT, han cobrado relevancia en la Agenda Internacional de salud, su tratamiento requiere mayor atención por parte de jefes de Estado y de gobierno, debido a que el aumento de la incidencia y prevalencia de las mismas significa no solamente daño social a las personas, las familias y las comunidades, especialmente en la población pobre, sino que constituye un obstáculo cada vez mayor para el desarrollo humano.

Las ECNT son enfermedades que pueden tener una determinación congénita, hereditaria y muchas veces son autoinmunes, idiopáticas; la mayoría de enfermedades crónicas se deben a factores de riesgo modificables durante todo el ciclo de vida, como la mala alimentación, el sedentarismo, estrés, hábitos como fumar, tomar alcohol entre otros.

Sin embargo hay factores de riesgo no modificables como la edad, sexo, etnia, herencia, autoinmunidad que pueden agravar la condición.

La realización de actividades, cumplimiento de objetivos y metas se encuentran en el Plan Nacional para la prevención y control de las ECNT del MSP – Normalización, que son parte de este Modelo de Atención en Salud. [5]

2.5.3 ESTRATEGIA NACIONAL INTERSECTORIAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

La Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y prevención del embarazo en adolescentes ENIPLA, considera que el Buen Vivir en el ámbito de la vida sexual y reproductiva significa tener una vida sexual placentera, segura, que la maternidad sea una opción y no una obligación, que cada embarazo sea deseado, que todos los partos sean seguros y que las mujeres no pierdan la vida al dar la vida.

Para las y los adolescentes y jóvenes ecuatorianos, de manera particular la sexualidad es un componente central en sus vidas, un determinante para la construcción de sus identidades, por lo que la manera cómo es vivenciada y socializada por ellos y ellas es trascendental para el resto de sus vidas.

Actualmente se tiene información parcial sobre las causas del incremento de la fecundidad en adolescentes y es necesario ampliar las investigaciones y los análisis para una comprensión sociocultural de los comportamientos sexuales y reproductivos, los significados y valores, imaginarios y tensiones de la sexualidad, la extensión y frecuencia del abuso y violencia sexual en edades tempranas, las dinámicas del desarrollo socio emocional en el mundo informatizado, la construcción de la identidad a partir de la sexualidad, la salud mental, la comprensión y el ejercicio de los derechos, todo esto partiendo del reconocimiento de que jóvenes y adolescentes están practicando su sexualidad.

También es necesario recalcar que cuando se trata de la población indígena, lo primero que se debe reconocer es que para estos grupos la adolescencia no existe como parte del ciclo de vida, por el contrario de la niñez se pasa a la juventud y con ello se adquiere un rol social diferenciado de los niños y niñas. Esta especie de "invisibilidad" de la adolescencia está asociada al matrimonio en edades muy tempranas según las recomendaciones de la CEDAW.

Desde los servicios de salud, no se han generado suficientes metodologías ni estrategias que permitan responder a las demandas y necesidades de la población joven indígena, reconociendo las especificidades culturales y las problemáticas específicas de estos grupos, lo que implica que las y los jóvenes no acceden a los servicios de salud sexual y reproductiva, salvo en momentos de emergencia por morbilidad y en el caso de las mujeres, cuando hay un embarazo de por medio. [5]

Para promover la toma de decisiones de manera libre e informada sobre aspectos de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes es necesario hablar de sexualidad, de medidas de prevención y de autocuidado, es necesario hablar de prácticas de riesgo y de acceso a los anticonceptivos; de embarazos no esperados o planeados, de relaciones de pareja, de los derechos que tiene todo adolescente de no recibir coerciones para tener relaciones sexuales, del derecho a manifestar su opinión, y de estar bien informado y recibir atención profesional en áreas que afecten su sexualidad y su reproducción y también de sus propios derechos para ejercer su sexualidad de manera placentera y segura.[24]

La identidad sustentada a través de la maternidad se encuentra potenciada culturalmente en las mujeres, no así el significado de la identidad paterna en los hombres, lo cual constituye una desventaja para lograr corresponsabilidad en los casos de embarazo en adolescentes. Ni en la adolescencia ni en la edad adulta la paternidad para los hombres se constituye en el imaginario social con el peso de la maternidad para las mujeres.

El Modelo de Atención pone a la usuaria y usuario en el centro de la prestación y de la relación intersectorial, promoviendo un trabajo coordinado entre el los Ministerios de Salud Pública, Educación, Inclusión Económica y Social, con apoyo de Gobiernos Autónomos Descentralizados, y la Sociedad Civil organizada identidades, por lo que la manera cómo es vivencia da y socializada por ellos y ellas es trascendental para el resto de sus vidas [(3)]

2.6. PROPÓSITO, OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS DEL MAIS.

PROPÓSITO

Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población que vive en el territorio ecuatoriano, aportando al Plan Nacional del Buen Vivir, Plan estratégico del MSP y Planes estratégicos Regionales y Distritales mediante la aplicación de acciones integrales de promoción, prevención, curación y rehabilitación cuyos resultados buscan solucionar las principales necesidades en salud del país alcanzando resultados de impacto social.

OBJETIVOS:

- Mejorar las condiciones de salud de la población ecuatoriana a través de generar cambios a nivel individual, familiar y comunitario con la implementación de acciones en salud oportunas, efectivas, eficientes entregadas con calidad y con calidez enfatizando en la prevención y la promoción de la salud.
- Reducir las brechas de acceso y disponibilidad de la población a los servicios de salud a través de la definición de estrategias que permitan acercar la atención a los grupos prioritarios utilizando los enfoques de derechos, género e interculturalidad.
- Mejorar la capacidad resolutiva en los tres niveles de atención a través de la dotación necesaria y suficiente de infraestructura sanitaria, equipamiento,

recurso humano capacitado y normas de atención que respondan a las necesidades en salud de la población ecuatoriana.

- Mejorar la articulación entre la prestación y la gestión en los servicios de salud y su financiamiento.
- Fortalecer la articulación de los actores sociales a través de una coordinación intersectorial, interinstitucional y con la comunidad

ESTRATEGIAS:

- Priorización de la Atención Primaria de la Salud, organizando actividades en un sistema de atención planificado, programado y evaluado, que enfatice aquellas acciones preventivas que contribuyan al mejoramiento y protección de la salud.
- Promoviendo la adopción de políticas favorables a la salud en ambientes de trabajo y la implementación de programas preventivos de salud ocupacional
- Focalización y reorientación de los servicios hacia la promoción en salud a cargo de equipos de salud integrales y responsables por la calidad, efectividad, oportunidad y eficiencia.
- Movilizar recursos comunitarios e institucionales para el manejo intersectorial de los factores protectores de la salud y prevenir los factores de riesgo y sus determinantes.
- Implementación de estándares para la provisión de servicios de salud con difusión y socialización del nuevo modelo de atención en salud.

2.6.1 REFERENCIAS PARA ELABORAR EL NUEVO MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL

Para elaborar el MAIS se tomaron como referencia los siguientes Documentos Habilitantes:

a) Constitución Ecuatoriana 2008.

b) Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013.

c) Reforma Democrática del Estado.

d) Ley Orgánica de Salud

e) Ley del Sistema Nacional de Salud

f) Transformación Sectorial de Salud en el Ecuador.

g) Plan Estratégico del Ministerio de Salud Pública.

h) Atención Primaria Renovada

➢ CONSTITUCION DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR 2008

Artículo 32: Garantiza el derecho a la salud, su vínculo con las condiciones sociales y ambientales del desarrollo, la garantía de accesos sin exclusión a programas, acciones servicios integrales.

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas**.**

La Constitución vigente (aprobada en el año 2008) establece condiciones claras sobre el modelo de atención, el cual debe ser universal, equitativo, gratuito, solidario, contrario a los establecidos en las políticas de reforma del sector iniciadas en los años 90 en un contexto neoliberal. En el mismo marco constitucional se establece que el sistema de salud garantizará actividades de promoción, prevención y atención integral familiar y comunitaria superando el modelo anterior eminentemente curativo, individual con tendencia a la especialización. [(4)]

- **PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR.**

Si bien hay muchas partes del plan que se relacionan con salud, las abajo señaladas tienen mayor relación con el modelo integral de salud.

- Asegurar alimentación sana nutritiva y natural, con productos del medio.
- Promover prácticas de vida saludable.
- Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad, y el desarrollo de capacidades para describir, prevenir y controlar la morbilidad.
- Garantizar la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad.[23]

- **LEY ÓRGANICA DE SALUD**

El Capítulo 1 numeral 3 dice:

La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransmisible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

- **ATENCIÓN PRIMARIA RENOVADA**

Un Modelo de Atención Integral en Salud a nivel familiar, comunitario e intercultural es la orientación actual del Ministerio de Salud Pública en el marco de la Estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APSR) y algunas reflexiones sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Para poner en pie este modelo, los Equipos Básicos de Salud (EBAS) tendrán un rol protagónico, pero, para un trabajo exitoso, no sólo requerirán un proceso de capacitación continua, equipamiento y herramientas de

campo, sino que deberán reconocer en su trabajo la existencia de sistemas comunitarios de salud, impulsados tradicionalmente por las propias comunidades, y en varios casos apoyadas por organizaciones sociales y organizaciones no gubernamentales. (14)

Si hasta hace poco el Estado delegó los procesos de salud al mercado y a la sociedad, propulsó la autogestión de los servicios de salud en base al cobro por atención a los y la usuarias, debilitando enormemente el acceso a servicios de salud con calidad, ahora ha manifestado la intención de garantizar directamente el derecho a la salud de la población. Esto es, por decir lo menos, esperanzador; sin embargo, también es crucial considerar las mejores prácticas y experiencias de las propias organizaciones sociales, campesinas, urbanas y otras sin fines de lucro.

En el modelo de Atención, se menciona a los Determinantes Sociales de la Salud, como uno de sus elementos clave para abordar el análisis y las soluciones; es decir, considerar las relaciones sociales, económicas, políticas e ideológicas como determinaciones esenciales de la salud o enfermedad de la población, por ello se entra en el abordaje de la desigualdad e inequidad en la atención y promoción de la salud, desigualdades de género, generacional, social, cultural, étnica, y otras… generadoras de enfermedades prevenibles.

La medicina social latinoamericana ha desarrollado una concepción sobre Determinantes Sociales de la Salud-enfermedad, que ponen como eje de reflexión y acción las relaciones sociales, económicas, políticas e ideológicas (más que las culturales) de desigualdad e inequidad (17)

La discusión sobre los Determinantes Sociales de la Salud es muy importante porque hay por lo menos dos corrientes al respecto. La primera, más ligada a una concepción uni o multicausal, basada en la salud pública convencional, centrada más en lo biológico y las causas eficientes y eficaces, es decir, las que intervenidas, darían los mejores resultados con los menores recursos, se centra en la implementación de un paquete

riguroso y “medible” de instrumentos, estándares y procedimientos. En este enfoque, el personal técnico, los instrumentos técnicos, los servicios de salud, las prestaciones de salud, serían la base para la generación, dirección y control de los procesos de salud.

Un pronunciado énfasis en este enfoque tiene el riesgo de ser asistencialista, tecnicista, de enfocarse sobre todo en la enfermedad, concibiendo a la persona como un objeto de la salud y no como un sujeto generador de procesos de salud; tiene el riesgo de limitarse a determinados grupos poblacionales o áreas geográficas. Justamente esto ya aconteció con la versión reducida de Atención Primaria de Salud, impulsada por organismos internacionales, principalmente por el Banco Mundial.

La otra concepción, concibe la salud como un proceso, mediado por relaciones de poder, en las que las personas y grupos poblacionales que sufren más exclusión, son los mismos que son excluidos como actores en la generación y uso de la información, en la toma de decisiones, en la definición de políticas, acciones, en la definición de su presente y su futuro. Desde este enfoque, la salud depende de aspectos que están más allá de la salud y donde una verdadera participación social, entendida como un derecho humano, es la base para construir salud en sociedad e igualdad. La gente es aquí un actor social clave, corresponsable en la proposición y decisión sobre políticas saludables, que ejerce sus derechos de ciudadano y ser humano, que exige y hace control social de las políticas de salud “delegadas” al Estado. [15]

En base a estas reflexiones, se pueden plantear cinco sugerencias:

- ESPACIOS NACIONALES DE PLANIFICACIÓN. Tomando como horizonte el Modelo de Atención Integral en Salud a nivel Familiar, Comunitario e Intercultural, es importante la convocatoria a espacios nacionales de planificación, incluyendo a la sociedad civil -organizaciones sociales e instituciones no públicas- que trabajan por el derecho a la salud. La articulación no sólo debe ser local, como en la práctica se lo ha estado haciendo hasta hace poco. El rol de gerente y de rectoría que está

asumiendo el MSP es crucial para la salud colectiva e individual. Sin embargo, sería excelente el liderazgo de un espacio nacional en el que participen organizaciones sociales e instituciones que trabajan en procesos nacionales de salud comunitaria en diversas zonas del país. Como es sabido, las organizaciones e instituciones nacionales de salud (sin fines de lucro) también tienen lineamientos de política en sus niveles centrales, lo cual permite un trabajo coordinado con sus filiales locales.

- ESPACIOS DE EVALUACIÓN. Crear espacios para la evaluación anual de las acciones acordadas y coordinadas desde este espacio interinstitucional nacional. El CONASA es un espacio que define políticas y el MSP ejerce rectoría y también plantea, implementa y evalúa políticas, programas y proyectos. En el ámbito especialmente de los Programas y Proyectos, sería importante esta articulación que fortalezca el impacto del Nuevo Modelo de Atención y el trabajo de los EBAS.
- COMPARTIR Y ABRIR EL SISTEMA DE INFORMACIÓN. Promover que el sistema de información que se implementa, sea manejado, comprendido y que sirva también para la toma de decisiones de las propias comunidades y barrios, aparte de que sirva para los fines de los EBAS y su programación local. Es decir, que haya una articulación entre las necesidades de información de las comunidades/barrios y los EBAS.
- ACABAR CON LA DESARTICULACIÓN DE LA MULTIPLICACIÓN DE PROGRAMAS. Articular en los territorios las diversas iniciativas institucionales, por ejemplo: AIEPI Comunitario, AIEPI Neonatal comunitario, desarrollo infantil, PANN 2000, PAI, Escuelas Promotoras de Salud, Familia Saludable, comunidades saludables, municipios saludables, Aliméntate Ecuador, INNFA, etc., bajo una sola estrategia de Protección Integral en Salud, a nivel familiar, comunitario e intercultural. El MSP, elaboraran unas interesantes guías denominadas "Familia Saludable", con un enfoque de Ciclo de Vida, la cuales cubren temas claves con cada grupo etario, empezando por el período prenatal hasta la tercera edad. El subproceso de Salud intercultural elaboró una guía de Salud Indígena y está por elaborar un plan de capacitación en salud intercultural a Promotores Comunitarios de Salud. En nutrición se diseña una guía de nutrición orientada igualmente a

Promotores Comunitarios de Salud, en salud de la niñez se impulsa AIEPI desde la concepción del Continuo en salud materno-infantil. Todos estos Programas a nivel local pueden ser articulados en el nivel local y comunitario, con la participación plena en todos los procesos con los propios actores locales, para que estas intervenciones sean concebidas como oportunidades y no como amenazas a los sistemas comunitarios que milenariamente han sobrevivido hasta la actualidad. Este es un rol crucial para los EBAS, evitar la verticalidad de los Programas.

- LOS AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD, TOMADOS EN CUENTA POR LOS EBAS. Involucrar activamente en los EBAS, a los Agentes Comunitarios de Salud tradicionales, Promotores de Salud, Voluntarios comunitarios de Salud, no como meros ayudantes del proceso, sino en el marco de la interculturalidad y el derecho a la salud, como verdaderos sujetos, no sólo una articulación de servicios y servidores de salud, sino entre sistemas de salud, tradicionales y el convencional. Este es un desafío, para el Nuevo Modelo de Atención, los EBAS, y también para los propios generadores de las diversas medicinas tradicionales (afro, montubia, amazónica, interandina) la medicina popular urbana y otras medicinas alternativas.

2.7. PLURICULTURALIDAD E INTERCULTURALIDAD EN EL ECUADOR.

En los últimos veinte años se han suscitado en el Ecuador, en un escenario de crisis económica prolongada y de aplicación de ajustes estructurales, un conjunto de acontecimientos sociales y políticos que han marcado crucialmente el país, especialmente el relacionado con los grupos sociales subalternos, gracias al protagonismo asumido y desarrollado por los indígenas, lo que les ha permitido convertirse en sujetos sociales y construir un sólido movimiento social. Y, por ende, alcanzar una serie de reivindicaciones, entre las cuales se destacan el reconocimiento constitucional de la pluriculturalidad, multietnicidad y multinacionalidad. Entre los hechos históricos más destacados para llegar a esa situación se encuentran:

* La Constitución de la CONAIE en 1986, como organización social de tercer grado.

* El Levantamiento Nacional Indígena, en Junio de 1990, que le permitió la legitimación como un nuevo actor social y político en el escenario nacional.
* La consolidación de sólidos movimientos indígenas en la Sierra y Amazonía y de una intelectualidad indígena, "thinkingtank" y creativos propugnadores de estas propuestas.
* La construcción de sólidas identidades étnicas que, inclusive, han permitido la conformación de estructuras políticas legales como Pachakutic (1996), o Amauta Jatari, constituida recientemente
* Como consecuencia de lo anterior se ha producido la existencia de varios gobiernos locales indígenas (Prefecturas y Municipios), como un sólido bloque congresil.

Asimismo, se debe destacar el reconocimiento de la pluriculturalidad, plurietnicidad y multinacionalidad por parte de la Constitución Política de 1998; y, el artículo 191, sobre la administración de la Justicia Indígena, materia de esta ponencia.

Finalmente, es necesario resaltar que estos reconocimientos constitucionales no han hecho otra cosa que reconocer la diversidad socio-cultural existente en la formación social, como la supervivencia histórica de las ancestrales instituciones de pueblos y nacionalidades indígenas y la vigencia contemporánea de éstas en la cotidianidad de la vida colectiva.

El tratamiento del tema asignado nos obliga partir teóricamente de la articulación de los siguientes ejes temáticos:

- ✓ **Históricamente** los grupos sociales andinos nunca constituyeron una gran nación tanto en lo que hoy es el Ecuador como en general en América Latina.

Es en la constitución misma, desarrollo y consolidación del Estado Nacional que los Movimientos Indígenas, histórica y contemporáneamente, adquieren un proyecto nuevo y diferente. En este contexto, por un lado, lo étnico sólo puede ser comprendido de modo coherente en referencia al Estado. El fenómeno étnico no es solamente un problema cultural, sino que es también un problema de la sociedad en su conjunto y de la diferenciación social alcanzada por y al interior de la formación social.

Por otra parte, es en la misma construcción de la nación y de su rica diversidad social, étnica y cultural, inclusive como proceso inacabado, la que confiere un carácter nacional y contextualizad a la cuestión indígena, con sus demandas y reconocimientos.

En una sociedad fragmentada, como la ecuatoriana, se generan elementos de identificación en un largo trajinar histórico, en donde se pasa de una "visión del otro" a un "proyecto histórico para sí, como sostienen varios autores, la "Política de la Identidad" designa acciones individuales y colectivas que se expresan, tanto en lo privado como en lo público, en la constitución de identidades. Se trata de acciones sociales y políticas que se definen en algún ámbito del poder.

En esta perspectiva, los movimientos étnicos, en general, van más allá del enfoque identitario, ya que se manifiestan también en: Formas más complejas de organización; niveles locales y regionales de participación; y, un cuestionamiento a la vertebración, organización y funcionamiento del Estado Nacional existente.

- ✓ **Con relación al Derecho** se debe reseñar que es ante todo un fenómeno social. Además está conformado por un conjunto de reglas obligatorias, determinantes de relaciones sociales impuestas permanentemente por el grupo al que se pertenece.

Toda sociedad tiene su derecho, como es el caso de los pueblos indígenas. (18)

En las Sociedades Indígenas hay un derecho consuetudinario ancestral, de transmisión oral, que responde más a un código moral de justicia, está basado en las costumbres y la tradición.

La Pluriculturalidad

Está presente en la Constitución de 1998 como un reconocimiento a la diversidad de culturas existentes en el país. La Pluriculturalidad y su factor constitutivo la Interculturalidad, asimismo, definen que la cultura sólo puede ser pensada y vivida, conjugada o declinada, "en plural"; y, por consiguiente, solo existe en cuanto relación cultural y "reconocimiento" de las otras culturas, y a partir de lo cual se identifican en cuanto "diferentes". Asimismo, la pluriculturalidad es un enfoque interpretativo de la

cultura, que se presenta y define por la misma interculturalidad; por la combinación, en un territorio dado, de una unidad social y de una pluralidad cultural, que se manifiestan mediante intercambios y comunicaciones entre actores que utilizan diferentes categorías de expresión e identificación, de análisis e interpretación.(15)

En este sentido, la Interculturalidad está presente en las demandas de los pueblos históricamente excluidos por los Estados, construidos con una perspectiva mono cultural.

El enfoque intercultural es una visión de las relaciones humanas y sociales que busca la valoración del otro en función de un proyecto común, construido con:

* Equidad: Se aprecia en forma horizontal las potencialidades y límites de las diversas culturas.
* Interaprendizaje: Trata de incorporar los aportes de las otras culturas con visión selectiva e incluyente; todos aprenden de todos.
* Participativa: En la labor de selección y de convergencia de los aportes se otorga y se promueve que todos sean protagonistas de las acciones de convergencia; y,
* Manejo de conflictos: Se reconoce que a veces existen intereses y visiones diferenciadas y opuestas entre los actores de diferentes culturas y que, por tanto, pueden surgir confrontaciones entre ellos; tales situaciones requieren la puesta en práctica de estrategias de comunicación para la solución de conflictos.

Finalmente, la importancia del concepto de interculturalidad radica en la necesidad de armonizar los derechos de los pueblos indígenas, afros y otros excluidos, involucrando planteamientos jurídicos, sociales y políticos, propiciando el acceso a la igualdad y reconociendo las diferencias. En tal sentido, interculturalidad implica establecer relaciones y alianzas con los múltiples sectores sociales que constituyen nuestras sociedades. (8)

Movimiento social.

Según AlaínTouraine, en su obra sobre "La Sociología de la Acción", en la parte relacionada al análisis de los Movimientos Sociales identifica tres principios básicos que deben coincidir en éstos y puedan ser denominados como tal, que al mismo tiempo que los tipifican permiten su comprensión y explicación, y son: a) El principio de identidad, que permite construir, fortalecer y acrecentar un conjunto de señas identitarias que los determinan y facilitan su reconocimiento social; b) El principio de oposición: Como consecuencia de lo anterior, asumen una visión compartida, concreta y operativa, con respecto a problemas, opositores, conflictos y perspectivas, que hacen que el grupo asuma estrategias sociales y políticas para alcanzar un posicionamiento social y un reconocimiento institucional; y, c) Un proyecto histórico, al cual generalmente se define y percibe como los objetivos y las metas o reivindicación político-sociales a alcanzarse por el grupo social, en un período de tiempo.

Estos principios en la realidad concreta y en la dinámica social se manifiestan de una manera combinada; y, con una mayor o menor expresividad y tónica en sus características fundamentales y de funcionamiento, según los casos específicos.

Finalmente, se debe destacar que estos cuatro ejes temáticos sirven para comprender e interpretar más adecuadamente la interculturalidad en procesos sociales contemporáneos, que conllevan complejos antecedentes históricos y conflictivas oposiciones e incomprensiones culturales y políticas.

La justicia estatal y la justicia indígena El artículo 191 de la Constitución Política de 1998 señala, en la parte pertinente, lo siguiente: "Las autoridades de los pueblos indígenas ejercerán funciones de justicia, aplicando normas y procedimientos propios para la solución de conflictos internos de conformidad con sus costumbres o derecho consuetudinario, siempre que no sean contrarios a la Constitución y las leyes. La ley hará compatibles aquellas funciones con las de él. Por la Asamblea Constituyente en la Constitución de 1998, en el Art. 191 del Sistema Judicial Nacional".

El artículo constitucional mencionado nos destaca los siguientes elementos:

1) El reconocimiento por parte de los asambleístas de la interculturalidad existente en el Ecuador, expresada, entre otras manifestaciones, en la vigencia de la cultura indígena y su institucionalidad;

2) La aceptación política y nacional de la existencia social en el país de diversos sistemas de justicia, son la manifestación concreta de la diversidad, pluriculturalidad y multietnicidad, como también de su complejidad y dinamismo;

3) Esta legitimación constitucional de los cuatro sistemas de justicia, asimismo responde a la existencia social de instituciones, normas, procedimientos y de capital humano especializado en los mismos, los cuales también están en correspondencia a los niveles específicos de implantación, antigüedad y cobertura de los mismos;

4) La interpretación de este escueto artículo constitucional, tanto de su totalidad como de la parte textualmente reseñada anteriormente, permite indicar que hay un reconocimiento legal y social en términos de igual estatuto o nivel a los cuatro sistemas de justicia reconocidos en el país, ninguno es más o menos. Cada uno existe por si mismo y tiene sus propias características, organización y funcionamiento, no necesita del otro, u otros, para existir (ser) u operar (práctica); y

5) Finalmente, este reconocimiento constitucional lo que hace es que desde la interculturalidad otorga una valoración social a un sistema de justicia concreto y en ejercicio, caracterizado por responder a las características propias de un extenso grupo social, en su búsqueda equitativa y participativa de manejo y solución de los conflictos que se den entre sus miembros.

2.7.1. LA ORGANIZACIÓN POLÍTICA COMUNAL Y LA ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA

.

El primero hace referencia a la diversidad de grupos étnicos existentes en el país, que se han construido a partir de procesos, históricos particulares y articulado relativamente de diferentes maneras al Estado Nacional y sus políticas. En la relación pueblo-etnia-nacionalidad, donde la identidad étnica articula a pueblos y nacionalidades al definir una cultura propia sustentada en una valoración de su idioma, costumbres, pautas organizativas y territorio.

Mientras el tipo de organización social desarrollado histórica y contemporáneamente por estas nacionalidades y pueblos, tanto como forma de reproducción social como mecanismos para protegerse de la expoliación, exclusión y dominación, como para proteger su cultura propia.

ELEMENTOS A TENERSE EN CUENTA DESDE LA INTERCULTURALIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE LA JUSTICIA.

Primero, la necesidad de impulsar colectivamente la construcción de un nuevo tipo de Estado democrático y pluralista. Asimismo, diseñar una nueva arquitectura estatal, que distribuya su poder en nuevas estructuras territoriales, que viabilice, en un esquema de descentralización autonómica, dar, entre otros, un nuevo protagonismo y atribuciones a la comunidad.

Segundo, buscar socialmente formas más eficientes y eficaces de funcionamiento de los Sistemas de Administración de Justicia reconocidos y su operatividad en términos territoriales y administrativos, de acuerdo a una nueva organización y funcionamiento del Estado.

Tercero, el reconocimiento por el Estado-País del pluralismo jurídico existente debe traducirse, en la cotidianidad, en el respeto real a las diversas instancias de

Administración de Justicia y en el apoyo para el cumplimiento de sus objetivos específicos; y, Finalmente, insertar las sanciones de la Justicia Indígena en la observancia y respeto a los Convenios Internacionales y a los Derechos Humanos. (9)

2.7.2. LA CULTURA AFROECUATORIANA

Los diferentes grupos de hombres y mujeres Afro ecuatorianos que actualmente viven en el Ecuador, tanto en las comunidades de la costa como de la sierra, son los descendientes directos de los hombres y mujeres, que contra su voluntad, fueron traídos del continente africano, para aportar con su fuerza de trabajo y saberes ancestrales en la construcción económico, Socio-política y cultural del Ecuador, pero también descienden de otras migraciones, anteriores y posteriores, a la triste institución de la esclavitud. (23)

Los aportes de los pueblos de origen africano para la construcción de la Cultura nacional, están a la vista, pero sin duda requieren ser cuantificados en su real dimensión. Echar una mirada positiva a las contribuciones que este pueblo aportó para la configuración de la cultura nacional resulta de vital Importancia en este momento en que desde distintos actores incluyendo el Estado, se propone iniciar los diálogos interculturales entre los distintos pueblos, que tanta falta les hace, pues en Ecuador todavía hay colectivos que tienen cultura y otros, sólo tienen folclor.

Un poco de antecedentes.

El origen de la comunidad afro-esmeraldeña y su cultura, no tiene que buscarse de manera exclusiva en los procesos esclavistas, pero la comprensión de este triste capítulo de la historia del Ecuador, es importante para entender vuestra presencia en esa región y en el territorio nacional. Así mismo, resulta de vital importancia entender que los procesos de construcción y reconstrucción de la cultura de origen africano en el Ecuador y de manera particular en Esmeraldas, es el producto de unos procesos de resistencia, a lo que se impone desde el poder. (2)

La tradición oral cuenta, que durante el tiempo que nuestros mayores estuvieron sujetos a la injusta y triste condición de esclavizados, fueron sometidos por el Estado y

por las instituciones de la sociedad dominante, a un sistemático y constante proceso de aculturación que duró un poco más de quinientos años y perdura en los procesos escolares que se impone en las comunidades.

Durante este tiempo, se intentó borrar de la memoria colectiva de las comunidades todo lo que era de origen africano, y se trató por todos los medios, sociales, políticos, religiosos, de imponer en su lugar las formas y tradiciones culturales de la sociedad dominante.

Según el Abuelo Zenón "Las tradiciones culturales de nuestros antepasados eran consideradas por el Estado y por los distintos grupos dominantes, expresiones de seres salvajes a los que se debía educar y sobre todo cristianizar, para su propio bien, espiritual y material."

Como respuesta, a esta violenta imposición cultural y exclusión social que tuvieron que vivir; demostraron tener un extraordinario poder de resistencia, rechazo y desobediencia a la imposición de la sociedad dominante y el Estado. Fue así, con la resistencia y contestación a lo impuesto, como lograron mantener hasta nuestros días gran parte de sus tradiciones.

En el camino de entender la trascendencia política de estos procesos de resistencia cultural, resulta importante conocer la historia de los "palenques territoriales" que los cimarrones/as, nuestros antepasados, construyeron y defendieron, como una propuesta política para vivir al margen de un sistema que alegando una supuesta inferioridad cultural, les negaba derechos y oportunidades. Los espacios libres que los Cimarrones construyeron en el Ecuador, y de manera particular en la costa de Esmeraldas, se les llamó "palenques de negros." Los palenques, más que refugios de cimarrones/as, tienen que ser vistos y entendidos como espacios vitales para la resistencia, espacios para crecer como comunidad y sobre todo espacios para crear y re-crear la cultura. (17)

Hoy se sabe que muchas de las tradiciones culturales de origen africano, que definen a los Afro-esmeraldeños, se mantuvieron en estos territorios autónomos, donde las políticas del Estado y las instituciones de la sociedad dominante no podían entrar. Los

palenques además eran espacios donde el poder político, social y económico, estaba en manos de los excluidos.

Los más grandes "palenques de cimarrones" en el Ecuador, estuvieron en las tierras de Esmeraldas, lugares como Coaque, Portete, Daule, Viche, Dobe, tienen historias muy importantes que contarnos sobre las luchas de resistencia que los troncos familiares de origen africano, organizaron y sostuvieron por ciento de años, en contra del poder.

Los palenques, tal como lo construyeron los cimarrones/as, tienen que ser vistos como un territorio-nación, un espacio autónomo, donde indios y negros, podían vivir en libertad y tenían la posibilidad de re-construir sus identidades destruidas por los procesos de aculturación.

La figura de los palenques sin duda la propuesta política y cultural más importante que nuestros mayores dejaron. Por eso duele tanto ver como los grandes proyectos se roban poco a poco los espacios para la recreación cultural, sobre todo ahora que se buscan alternativas para la gobernabilidad desde las particularidades culturales de los pueblos y nacionalidades.

El abuelo Zenón, expresa "La cultura nace como resultado de lo que se guarda en el corazón y en el alma del pueblo, de lo que se usa como práctica diaria para vivir y para morir. Es un continuo crear y recrear, para cumplir el encargo de los ancestros, de seguir siendo diferentes".

Esta afirmación que viene de la tradición oral y de la voz de los guardianes de la tradición, tiene una gran validez para las comunidades de origen africano asentadas en Esmeraldas. Pues si bien, el fin legal de la esclavización, no significó la libertad total, la posibilidad de escoger el medio más propicio para rehacer sus vidas, permitió, la re-agrupación de muchos de los troncos familiares que habían sido dispersados por la violencia de la colonia.

Esta reunificación de los troncos familiares y de los grupos de origen, facilitó la formación de nuevas comunidades afro-esmeraldeñas. Es en estas nuevas comunidades -muchas de ellas antiguos palenques- donde los mandatos ancestrales, recuperarán el

sentido de pertenencia a los orígenes comunes, se re-afirman antiguos códigos culturales que estaban guardados en la memoria colectiva, y se retoman las antiguas formas de organización social, que hasta entonces -estuvieron prohibidas por el Estado y la sociedad dominante.

Es así como el pueblo Afro-esmeraldeño, convertido en amo y señor de sus mundos -el tangible y el intangible- pone en práctica una infinidad de conocimientos, saberes y secretos ancestrales, que por cientos de años fueron guardados en la memoria colectiva de las comunidades y trasmitidos de generación en generación por los guardianes de la tradición.

Así, de la resistencia, la memoria y la palabra, nace esta rica cultura que ahora se prefiere llamar cultura de origen africano, pues son los antiguos africanos sometidos, por el poder que construyen desde los inicios muestran el camino de la palabra, para crear, re-crear saberes ancestrales y apropiar otros que fueron adquiridos en el largo camino de la diáspora, donde los encuentros con los otros no siempre fueron violentos.

Espacios vitales para la cultura.

"La cultura nace en el corazón y en el espíritu de los que viven en los palenques territoriales, porque es encargo de los mayores, pero sólo crece y se mantiene en la tierra, en el monte, que es donde están las fuerzas que la sostienen, donde vive la sangre de los ancestros." Abuelo Zenón

La libertad del espíritu, la apropiación de los territorios, el conocimiento y uso de los recursos de la gran montaña madre y su entorno, -medio ambiente- les dan a estos nuevos cimarrones, la oportunidad para construir y re-construir una serie de instrumentos musicales que facilitan y animan la comunión con el mundo intangible y múltiples herramientas, útiles para sostener y garantizar la vida de las nuevas generaciones y comunidades. Los territorios ancestrales con sus múltiples espacios de

uso y aprovechamiento de los recursos, donde los guardianes/as de la tradición: con su música, su poesía, sus saberes curativos, sus técnicas agrícolas y miles de secretos sobre la vida y la muerte, vuelven a ser, hombres y mujeres con identidad cultural propia, nacida en la diáspora, en la tierra de las esmeraldas, donde los rasgos de las culturas africanas siguen siendo el más importante referente de los orígenes. (8)

Por eso se bañan en los ríos y duermen campantes en la playas, mejor dicho son parte de una tradición cultural que brota de la raíz que aquí plantaron los africanos, esos hombres y mujeres que llegaron a estas tierras que hoy se llama Ecuador en la época de la colonia trayendo sus herencias culturales africanas, de las cuales los afro ecuatorianos y Afro ecuatorianas, son sus legítimos herederos.

2.7.3. LA SALUD Y LA ENFERMEDAD COMO TÉRMINOS CULTURALES

Al contrario de lo que se piensa habitualmente, en cuanto hecho ―biológico‖ o ―natural‖, son varias las implicancias socioculturales de los términos salud y enfermedad. En un sentido amplio, la salud opera en oposición o ausencia de una enfermedad. Se encuentra sano quien no ha desarrollado ninguna dolencia ni sintomatología. Estos dos enunciados deben ir juntos, pues pueden ocurrir interesantes paradojas. No es extraño que la construcción sociocultural de la enfermedad vaya acompañada de una sintomatología, la cual es utilizada en el diagnóstico y su identificación. La medicina tradicional occidental opera bajo estas premisas, sin embargo, puede desarrollarse una enfermedad asintomática, donde la persona puede incluso negar la existencia de la dolencia; o por el contrario, puede existir una sintomatología sin enfermedad, éste es el caso de las dolencias somáticas. (14)

En cuanto la enfermedad opera como un hecho científico externo al individuo, siendo su causa una bacteria, un virus, un parásito u otro elemento patógeno, desde un punto de vista antropológico parece más correcto utilizar la palabra ―dolencia‖. Dolencia es una condición de falta de salud sentida por un individuo, grupo o población. No es extraño, entonces, que la condición de falta o ausencia de salud no

necesariamente implique el desarrollo de una enfermedad. Es la percepción del individuo, la condición la que define la aparición de una dolencia y no la experticia del especialista.
La antropología sociocultural ha demostrado, por medio de numerosas investigaciones en diversos pueblos y comunidades del planeta, que las percepciones de buena y mala salud, junto con las amenazas correspondientes, se encuentran culturalmente construidas.

Esta disciplina ha ayudado a consolidar un corpus de conocimiento, teórico y empírico, en el cual diversos grupos sociales y culturas reconocen una enorme heterogeneidad de dolencias, síntomas y causas. Su identificación, claro está, no ha pasado desapercibida para los especialistas, por lo que también se han desarrollado complejos sistemas de tratamiento, sanación y cura. Es casi un fenómeno universal encontrar, en todas las sociedades, sistemas más o menos complejos de cuidado de la salud, desarrollando determinadas creencias, costumbres, especializaciones rólicas y técnicas destinadas a conseguir la salud y prevenir, diagnosticar y curar dolencias.[21]

Pero, no tan sólo las dolencias varían de un pueblo a otro. Es posible observar también una gran heterogeneidad de enfermedades en diversas regiones del planeta. La incidencia de enfermedades concretas varían entre sociedades, y las culturas interpretan y tratan las dolencias de forma diferente. No es extraño que ciertas enfermedades hayan sido controladas o prácticamente erradicadas en ciertas sociedades. Este es el caso de la fiebre tifoidea, el cólera, la hepatitis, etc. En otras, sin embargo, se desconocen algunas enfermedades y su aparición puede incluso colocar en peligro la viabilidad de una cultura.

Desde esta disciplina, términos tales como salud, dolencia y enfermedad pasan a ser vistos como construcciones culturales, los cuales varían en coordenadas espacio - temporales. Así, algunas explicaciones sobre el desarrollo e incubación de dolencias culpan a agentes externos, tales como hechiceros, brujas, fantasmas y espíritus de antepasados. Este es el caso de la medicina *mapuche* y de muchos pueblos indoamericanos. Otras, explican las dolencias en términos naturales. Es el caso de la

medicina occidental o Biomedicina, que vincula la dolencia con agentes científicamente demostrados (Foster y Anderson, 1978).

Igualmente, existen culturas que rescatan el papel de la significación emocional en la explicación de las causas de las dolencias. Dolencias o enfermedades producidas por frustraciones agudas o depresiones caen bajo su trasfondo. Quizá el psicoanálisis es un buen ejemplo, en nuestra sociedad occidental, de este tipo de explicaciones.

2.7.4. CONCEPCIONES DE SALUD, DOLENCIA Y ENFERMEDAD EN ALGUNOS PUEBLOS IBEROAMERICANOS

Los términos salud / enfermedad enmarcado en los sistemas de salud comprende un conjunto integrado de ideas, conceptos, creencias, mitos y procedimientos —sean explicables o no— relativos a las enfermedades físicas, mentales o desequilibrios sociales en un pueblo determinado. Habitualmente, el ser humano se siente rodeado de un número considerable de fuerzas que no controla ni conoce, y que le acechan de forma constante, poniendo en peligro su salud e integridad física.

Este conjunto integrado de conocimientos, explica los procedimientos de diagnóstico, pronóstico, curación, prevención de las enfermedades y promoción de la salud, y se transmiten por tradición y verbalmente, de generación en generación, dentro de las comunidades. El saber médico occidental, focalizado básicamente en el tratamiento de la enfermedad y el cuidado de la salud, contrasta con la visión que tienen diferentes culturas sobre las enfermedades, las cuales, de forma más o menos holística, toman en consideración su medio natural, social y cultural, a través de la observación sistemática y continua, del ver y recordar, de igualar la planta, el órgano y la enfermedad, de adivinar a través del augurio, del éxtasis y la iluminación. Los pueblos iberoamericanos han desarrollado desde tiempos ancestrales un conjunto de prácticas y conocimientos muy complejos y bien estructurados. La milenaria relación con la naturaleza les ha posibilitado una comprensión cabal de la clasificación, composición, usos y protección de las plantas en su hábitat respectivo, las que son parte integral de su cultura y lo cotidiano. Sus categorías y usos se entrelazan con lo mágico y religioso de su propia cosmovisión. Los terapeutas tradicionales son los especialistas en el

conocimiento de dar el diagnóstico y su tratamiento. El tratamiento de la enfermedad incluye la utilización de infusiones, masajes, compresas, enemas, vómitos, que puede ser aplicado tanto por la *machi*, como por una yerbatera (*lawentufe*) o una dueña de casa entendida (*dachefe*). Tratamientos rituales, simples o complejos, también son utilizados. Es el caso del *ulutún*, rito terapéutico destinado a enfermedades leves o agudas; y el *datún*, rito destinado a enfermedades graves o crónicas.

Con el objeto de prevenir enfermedades, se utilizan recursos mágicos, como la posesión de objetos profilácticos, realización de rogativas o rituales terapéuticos y el obedecimiento de las normas culturales. También se utiliza las infusiones de yerbas medicinales, el cuidado general de la salud y una buena alimentación. [(24)] Estos rasgos culturales, por cierto, no se han mantenido inalterados. Fruto de procesos sincréticos y transculturales, muchos de ellos se han visto modificados y reformados, por ejemplo, al ser reemplazado el shamanismo por la adquisición de formas religiosas cristianas (Curaqueo, 1975). Sin embargo, ellos persisten en la práctica cotidiana de las ceremonias que se desarrollan en lugares apartados a la vida urbana.

Con este breve repaso, se ha observado que la palabra ―salud tiene un significado diferente dependiendo del contexto en que se use. Por ejemplo, cada cultura delimita o construye un conjunto peculiar de dolencias, que son las que otorgan la condición de enfermo. El concepto primario es el de dolencia, interpretada según los códigos propios de cada cultura.

2.7.5. DESDE LA DOLENCIA Y LA ENFERMEDAD A LA MUERTE

La muerte es un acontecimiento universal. Salud, enfermedad y muerte son aspectos indisociables al ser humano. El ser humano posee la certeza de que algún día dejará de existir. Por ello, le ha inquietado desde siempre y tiende a verse como un dato objetivo, estanco e indiscutible: es un hecho biológico.

Sin embargo, la muerte tiene un significado cultural profundo. La representación y las actitudes que han desarrollado diversas culturas, que incluyen costumbres, mitos, ceremonias, ritos... han relevado las dimensiones sociales del fenómeno, restringiendo

sus atribuciones médicas. Es bien cierto que por medio de las tradiciones culturales, el ser humano prolonga la vida más allá de la muerte, utilizando la más variada cultura material (atuendos, utensilios, panteones, etc.) hasta aspectos más ideacionales o la propia comunicación de los vivos sobre los difuntos, asignando nombres a las calles,... Toda cultura desarrolla creencias sobre la muerte, mientras que la religión, expresión de aquella, le reserva un lugar central. En nuestra cultura occidental, hasta fines del siglo XVIII y principios del XIX la figura del médico estaba separada de la muerte. El médico acompaña al paciente mientras ―hay algo que hacer, cuando excedían sus posibilidades de accionar el agonizante quedaba al cuidado de su familia. (20)

Al surgir la medicalización, comienza una fuerte intervención médica. La sanidad comienza a ser regulada y controlada por parte del Estado. El médico se convierte en el consejero y experto en observar, corregir y mejorar el cuerpo. Es su función de higienista, más que su prestigio como terapeuta, el que asegura su posición privilegiada en la sociedad. A partir del S.XIX se comienza a confiar en el diagnóstico médico. Surge la medicina moderna, se crea el estetoscopio (1818) que llevan a la certeza y confianza en el diagnóstico médico de la muerte. Ella deja de ser patrimonio de la religión y de la filosofía, para ser una cuestión de la ciencia médica. En el siglo XX, el avance de la tecnología de la salud y la aparición de los cuidados intensivos permite prolongar la vida a los pacientes, modificando los límites de la vida y de la forma de morir, pues el agonizante dejará de estar acompañado de su familia. Con el nacimiento de la terapia intensiva, la muerte se hace más científica, más técnica, mientras se pasa a una muerte secularizada. La muerte pasa de ser pública a ser un acontecimiento privado, íntimo. El hombre moderno muere en el hospital solo, o apenas rodeado de sus familiares más cercanos. (36)

En nuestra cultura, los ritos funerarios de siempre, tales como los velatorios, preservación del luto y el tiempo de duelo, significaban mucho más que una demostración de respeto y afecto a la memoria del difunto. Eran una estrategia defensiva, que tomando como pretexto el interés del muerto, desempeñaban una función fundamental: preservar el equilibrio individual y social en los vivos. Otros ritos como el

doblar de las campanas o el paseo del cortejo fúnebre reforzaban ese significado de compartir el dolor con la:

¿Es cierto que un niño que tiene hundida la mollera tiene los sesos caídos y morirá de diarrea si no recibe tratamiento especial?	Muchas veces es cierto. La mollera se hunde cuando el niño ha perdido mucho líquido. El niño morirá sino se le da mucho líquido a tiempo
¿Es cierto que si a una mujer embarazada le da la luz de la luna durante un eclipse, ella tendrá un niño mal formado o con retraso mental?	No es cierto Pero hay niños que nacen sordos, con retraso mental o con defectos del cuerpo si su madre no usa sal yodada, si toma ciertas medicinas o por otras razones
¿Es verdad que las madres deben dar a luz en un cuarto oscuro?	Sí, es verdad que la luz suave es mejor para los ojos de la madre y la criatura. Pero debe haber suficiente luz para que la partera pueda ver bien
¿Es cierto que a un recién nacido no hay que bañarlo hasta que se le caiga el cordón del ombligo?	Cierto! El cordón debe quedar seco hasta que se caiga solo. Pero se puede bañar al niño con una tela suave que esté limpia y mojada en agua tibia.
¿A los cuántos días después del parto se puede bañar la mujer?	La mujer puede y debe bañarse con agua tibia **el día después de aliviarse** del niño. La costumbre de no bañarse durante 'la dieta' no es buena.
¿Es cierto que la leche de pecho es mejor para el bebé que la leche en botella o biberón?	¡CIERTO! La leche de pecho es el mejor alimento y ayuda a proteger al niño contra muchas infecciones.
¿Cuáles son las comidas que debe evitar una mujer en las semanas después del parto ('la dieta')?	**Durante 'la dieta' la mujer no tiene que evitar nada que sea nutritivo.** Al contrario, debe comer de todo: fruta, verduras, carne, leche, huevos, tortillas, panes de grano entero y frijoles.
¿Es buena idea bañar a un enfermo, o le puede hacer daño?	Es buena idea. Hay que bañar a los enfermos todos los días con agua tibia.

Fuente: Español. Herperian.orgánica gías de salud y crencias 2008

2.7.6. ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES EN EL ECUADOR

Las diez enfermedades más frecuentes en el Ecuador son:

1. Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso
2. Neumonía
3. Colelitiasis
4. Aborto no especificado
5. Apendicitis aguda
6. Hernia inguinal
7. Falso trabajo de parto
8. Traumatismo intracraneal
9. Otros trastornos del sistema urinario
10. Atención materna por anormalidades conocidas o presuntas de los órganos pelvianos de la madre

2.7.7. CAUSAS DE MORTALIDAD EN EL ECUADOR

Las diez causas de mortalidad en el Ecuador son:

1. Diabetes Mellitus
2. Enfermedades cerebrovasculares
3. Enfermedades hipertensivas
4. Influenza. Neumonía
5. Enfermedad isquémica
6. Accidentes
7. Agresiones (homicidio)
8. Insuficiencia cardíaca
9. Cirrosis
10. Enfermedades del sistema urinario.

2.7.8 TIPOS DE CÁNCER MÁS FRECUENTES EN EL ECUADOR POR CIUDADES.

Los cinco tipos de cáncer más frecuentes en el Ecuador son:

CIUDAD	TIPO DE CÁNCER	CIUDAD	TIPO DE CANCER
LOJA	Próstata. Estómago Hematopoyético. Colon. Pulmón	**CUENCA**	Próstata. Estómago. Hematopoyético. Piel. Linfáticos
GUAYAQUIL	Próstata Estómago. Piel Hematopoyético. Linfáticos	**MACHALA**	Próstata Estómago. Localizaciones mal definidas
PORTOVIEJO	Estómago. Próstata. Pulmón Hematopoyético. Linfáticos	**AMBATO**	Colon

Fuente: Español. Herperian.orgánica gías de salud y crencias 2008

2.8. PERSPECTIVAS HISTORICAS DE LA ENFERMERIA

Hace casi 100 años, FLORENCE NIGHTINGALE definió a la enfermería como el Acto de influir sobre el entorno del paciente para ayudarle en su recuperación (1860). Creía que un ambiente limpio, bien ventilado y tranquilo era esencial para la recuperación del paciente. Que directa o indirectamente, y en colaboración con un cliente o con otros profesionales de la salud que no son enfermos, tienen como objetivo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el alivio del sufrimiento, la recuperación de la salud y el desarrollo óptimo.

La historia de la profesión de la enfermera permite al ser humano sentirse muy orgulloso de la misma. Los papeles tradicionales de la mujer como esposa, madre, hija y hermana siempre ha consistido en el cuidado y la alimentación de los demás miembros de la familia. Los utensilios de las sociedades más primitivas demuestran la existencia de individuos, hombres y mujeres, que consolaban y ayudaban a los enfermos. [29]

Durante este tiempo las creencias sobre las causas de las enfermedades estaban cargadas de supersticiones y de magia y por eso, el tratamiento consistía a menudo en curas mágicas sin embargo según estas sociedades evolucionaron, surgieron ideas prácticas sobre ciertas causas ajenas a la magia en las enfermedades que se observaban. Se dice que las comadronas se encargaban de cuidar a las madres y a sus hijos durante el alumbramiento, y las nodrizas amamantaban y cuidaban a los niños de las familias ricas. Estas tareas las desempeñaban mujeres que eran esclavas. Las enfermeras esclavas dependían del maestro; del curandero o del sacerdote que se encargaban de instruirlas y dirigirlas en su trabajo y era muy frecuente que el cuidado de los enfermos estuviera relacionado con el mantenimiento físico y bienestar de cada uno de los enfermos.

En la antigua Grecia y en Roma; el cuidado de los enfermos y los heridos estaba muy avanzado tanto en la mitología como en la realidad. El Dios griego Asclepios era el curandero principal; Higiea, que era hija de Asclepios era la diosa de la salud y algunos la reverenciaban como la personificación de una enfermera. [9]

VIRGINIA HENDERSON: Fue una de las primeras enfermeras modernas que definió la enfermería en 1960 y su función que es la de ayudar al enfermo o sano, a desarrollar aquellas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o morir en paz).HENDERSON consideraba a las enfermeras interesadas por los individuos enfermos y sanos, reconocía que éstas se relacionan con los clientes incluso cuando la recuperación quizás no sea factible, y mencionó las funciones de la enfermera como educadora y defensora.

LA AMERICAN NURSES ASSOCIATION 1987: El ejercicio de enfermería significa la identificación y el tratamiento de las respuestas humanas a los problemas reales o potenciales de salud y comprende la práctica y la supervisión de las funciones y servicios que directa o indirectamente, y en colaboración con un cliente o con otros profesionales de la salud que no son enfermos, tienen como objetivo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el alivio del sufrimiento, la recuperación de la salud y el desarrollo óptimo. La creación en Kaiserwerth, Alemania, del Instituto de Diaconizas Protestantes cambió todo esto e hicieron que se reconocieran las necesidades de unos servicios prestados por mujeres para el cuidado de los enfermos, los pobres, los niños y las mujeres encarceladas. Su escuela enseñaba a cuidar a los enfermos hospitalizados, preparaba a las enfermeras para que hicieran visitas, les enseñaban la doctrina religiosa, la ética y la farmacia.

Este movimiento de diaconizas se extendió finalmente a cuatro continentes, abarcando a Estados Unidos, África del norte, Asia y Australia.

2.8. 1. GESTIÓN DE CAMBIO EN ENFERMERÍA

En las empresas como organización de personas, es de gran importancia crear estructuras de desarrollo organizacional que faciliten la coordinación de las actividades y el control de las acciones de todos sus integrantes. Cada decisión, proyecto y programa que se asume y se ponga en práctica, debe ser siempre el adecuado, que permita a la empresa imponer sus políticas, procedimientos, reglas, de tal manera que el

accionar de la organización se acercara lo más posible a sus objetivos y metas los cuales deben ser claros y precisos.

La inversión adiestramiento y actualización del personal es otro aspecto especial significación a fin de convertirlo en el eje y motor de los procesos de transformación.

Los cambios que generan en la atención de la salud y en enfermería se puede identificar en cuatro áreas de cambio relevante: estructuras organizativas fuerza laboral en enfermería, reembolso y sistemas de información. Antes que nada las estructuras organizativas cambian y se reconfiguran como respuesta al ambiente y a las presiones financieras. Por ejemplo, la administración de casos, el gobierno compartido, la descentralización y la administración de calidad total, son elementos que reflejan cambio respecto del rediseño de los sistemas de atención al paciente. [26]

Es obvio que la reforma nacional en materia de salud es un tema que crea incertidumbre y cambio en todo el sistema de prestación de servicio y sus organizaciones. Los cambios también generan en el área de la salud, por lo regular como redes integradas de atención creciente que se desplazan hacia ambientes comunitarios.

Las enfermeras para ser agentes de cambio, deben comprender la naturaleza social de las instituciones donde trabaja así como la naturaleza y la velocidad de los cambios sociales que contribuyen significativamente para modificar los procesos de internalización de valores o socialización organizacional. Esta visión global permite comprender e impulsar el cambio, desde una dimensión más amplia y en sintonía con la cultura organizacional.

El estudio de la cultura organizacional, se basa en la premisa de que existe una singularidad propia en cada institución que la distingue de las demás. Es una unidad social que posee un conjunto de creencias, costumbres, hábitos, actitudes, valores, símbolos que constituyen su comportamiento [35].

Las enfermeras líderes deben reconocer que para producir el cambio en sus instituciones existen varios modelos que debe analizar en el proceso de asumir el riesgo.

2.8.2 EL CAMBIO COMO ACCIÓN ORGANIZACIONAL:

- Aprovecha espacios para introducir innovaciones.
- Crea alternativas y estructuras adicionales.
- Provoca contradicciones entre sus valores y los del sistema político.
- Conflicto de intereses y valores del sistema y crean su propia subcultura.
- Crea estructuras paralelas.

2.8.3 EL CAMBIO COMO INCREMENTALISMO PROGRESIVO:

- Trata el cambio como algo permanente.
- Cambia la relación del presente con el pasado.
- No rompe dimensiones como la cultura organizacional.
- Genera menos oposiciones y resistencias.
- Permite recomposiciones programadas en coalición del poder.

2.8.4 EL CAMBIO COMO PERSPECTIVA GLOBAL.

- Este cambio se refiere a una alteración significativa en las estructuras, actitudes y compartimientos existentes.
- El cambio es visto como una ruptura de forma gradual, del Status Quo organizacional.
- El cambio es consecuencia de su historia, de factores incidentes y de las transformaciones del entorno.

La innovación es una decisión estratégica y como tal es sistemática y global, aún y que sólo se conduzca en una parte de la organización.

2.8.5. GERENCIA DEL CAMBIO:

Para gerenciar el proceso de cambio, las enfermeras líderes deben estar preparadas para hacer frente a los efectos del cambio en las organizaciones, como:

- Debilitamiento de la cultura existente y desagregación de grupos.
- Surgimiento de una nueva cultura corporativa que induce nuevos patrones de interrelación y comportamiento administrativo.
- Surgimiento de nuevos grupos, compromiso y sistema de valores.
- Aumento, no reducción, de conflictos internos por antagonismo entre fuerzas de estabilidad y las fuerzas del cambio (Motta 2004).

En la acción gerencial del cambio, las enfermeras/ ros deben dirigir sus esfuerzos a:

- Involucrar, desde la definición del cambio a los participantes.
- Establecer mecanismos de comunicación fluidos para mantener constante la información sobre objetivos, avances, debilidades y oportunidades. Socializar las propuestas.
- Relación horizontal con los participantes para tomar decisiones, crear consensos, alentarlos a ser tan innovadores, flexibles, como sea posible.
- Considerar las subculturas, valores existentes en los grupos aceptando y adoptando formas distintas de relación.
- Estar abiertas a las críticas, a la información significativa, reexaminar continuamente objetivos y los mecanismos del cambio.

Revisar periódicamente expectativas y aspiraciones individuales con relación a los resultados del cambio, evaluación y monitoreo. Establecer la expectativa del cambio continuo y progresivo con una dirección programada, como parte de la cultura organizacional.

El cambio planeado forma parte del rol de liderazgo de las enfermeras en la actualidad, la capacidad de cada enfermera para identificar, efectuar, gerenciar el cambio es vitalmente importante, no sólo para satisfacer las necesidades de sus

clientes en lo individual, sino para alcanzar su meta de lograr la promoción de la salud y el bienestar óptimo de la sociedad. Lograr a través del cambio que el ejercicio de la enfermería se rija menos por la jerarquía profesional, enfermeras supervisoras y administración de enfermeras y más por la responsabilidad individual.

Considerando los cambios mundiales que suceden y la forma del sistema sanitario, es evidente y necesario que la visión de la enfermera en su labor, tendrá una función de liderazgo que le permita integrar, coordinar facilitar los procesos de adaptación. Ejercerá un liderazgo proactivo, creará redes de contacto e influencia a los individuos de diferentes maneras, promoverá la función central que le corresponde en la atención sanitaria, tendrá además una función de adaptar y flexibilizar estrategias, ampliando antiguas capacidades y aprendiendo a usar otras nuevas en el proceso de cambio.

2.8.6. AUMENTO DE LA PROFESIONALIDAD

La formación de una profesión implica un proceso completo de socialización, con mayor trascendencia de las actitudes y los aspectos sociales y de las características técnicas que las que requiere normalmente otra clase de tareas.
Miller afirma que los atributos esenciales de la profesionalidad en la enfermería son los siguientes:

- Adquirir un cuerpo de conocimientos en una universidad y una orientación científica de la enfermería.
- Conseguir la competencia que se deriva de la base teórica, en la que pueden obtenerse
- El diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas a los problemas potenciales o reales.
- Diseñar y especificar las habilidades y competencias propias de los expertos.

La mayor profesionalidad pude contemplarse en relación con la formación especializada, los conocimientos saludables a los individuos, familias y grupos de población.

Durante este periodo surgió el concepto de especialista en enfermería clínica, por lo tanto los hospitales comenzaron a separar a los pacientes de acuerdo con sus procesos patológicos, y las enfermeras tuvieron que adquirir conocimientos para cuidar clases de pacientes. Estas nuevas funciones se llamaron: funciones ampliadas, en los años 40 se creyó que había que insistir más en las especialidades clínicas y en los planes de estudios actualizados de los profesionales en las escuelas y las universidades. Los estudios más avanzados de la enfermería preparaban a especialistas en la administración de escuelas de enfermería, en la enseñanza y en la supervisión de la salud pública y de los hospitales. Estas especialidades comenzaron a cobrar importancia en la sociedad de pos guerra y a las enfermeras que regresaban a su país de origen se les pidió que trabajaran en áreas clínicas con las que no estaban familiarizadas. Una de estas áreas era la Psiquiatría, que ayudaba a las personas a readaptarse a la vida.

Con todos estos cambios la enfermería ha seguido prestando un servicio estable para ayudar a las personas y han formado parte de los mayores cambios ocurridos en la sociedad que ha influenciado en la enfermería.

LA ÉTICA: Los códigos éticos cambian a medida que las necesidades y valores de la sociedad se transforman, es decir la enfermería ha elaborado sus propios códigos éticos y en la mayoría de los casos ha establecido, por medio de un organismo de control el comportamiento profesional de sus miembros.

AUTONOMÍA: Una profesión es autónoma si se regula por sí misma y establece normas por sus miembros. Brinda Miller señala que el grado en el que una enfermera se comporta como profesional se refleja en los cinco comportamientos siguientes:

- Estudia, planifica, implanta y evalúa la teoría la investigación y el ejercicio de la enfermería.

- Acepta, promueve y mantiene la dependencia mutua entre la teoría, la investigación y la práctica, estos tres elementos convierten a la enfermería en una profesión y no en una actividad centrada en distintas tareas.
- Transmite y difunde los conocimientos teóricos y prácticos y los resultados de la investigación al resto de las enfermeras.
- Mantiene la orientación del servicio de enfermería ante los ojos del público. Esta orientación distingue a la enfermería de otras labores cuyo fin primordial es el ánimo de lucro.
- Conserva y promociona la organización profesional como objetivo principal.

SOCIALIZACIÓN: Es el proceso por el que una persona aprende las costumbres de un grupo o sociedad con el fin de convertirse en un miembro activo dentro de ese grupo o sociedad. Este aprendizaje puede ser consciente o inconsciente, formal o informal.

CLASES DE CONOCIMIENTOS DE ENFERMERÍA: Carper distingue cuatro modelos de conocimientos que conforman el núcleo básico de los conocimientos de enfermería: La ciencia de la enfermería, la estética y los conocimientos personales.
La ciencia de la enfermería: Es la mente cognoscitiva de le enfermería y comprende los conocimientos obtenidos mediante la investigación de enfermería. (1)

Los conocimientos científicos abarcan los hechos y la información necesaria para desempeñar tareas técnicas

2.8.7. SOCIALIZACIÓN DEL EJERCICIO PROFESIONAL DE LA ENFERMERÍA

La enfermera profesional ha ampliado su campo de acción, manteniendo contactos mutuos con los clientes y otros profesionales sanitarios para fomentar, mantener y recuperar la salud del cliente.

Por lo tanto, el proceso de socialización implica cambios en las percepciones, en los conocimientos prácticos, en las actitudes y en los valores. Vender describe cinco niveles

de profesionalización a medida que la enfermera se perfecciona y adquiere los conocimientos, destrezas, actitudes y valores de la enfermería. Estos niveles son los siguientes: Principiante, Principiante avanzada, Competente, Profesional y Experta.

Etapa 1: Principiante.

Es una estudiante de enfermería que ha accedido a un ámbito clínico donde no tiene experiencia. Como principiante carece de experiencia, sus facultades son sumamente limitadas y a menudo se rigen por reglas y protocolos estructurados.

Etapa 2: Principiante avanzada.

La principiante avanzada puede demostrar unas capacidades aceptables. Ha tenido experiencias con bastantes situaciones reales como para ser consciente de los aspectos significativos de una situación.

Etapa 3: Competente.

La enfermera manifiesta su competencia una vez que a las funciones de la enfermera que se citan a continuación son formas distintas de describir las actividades de las enfermeras en su ejercicio. **Cada función** se describe como entidad separada en aras de la claridad.

- **Cuidadora:**

Son aquellas actividades que respetan la dignidad del individuo y que suele llamarse: actuaciones maternas de la enfermería. Sin embargo, la prestación de estos cuidados implica conocimientos y sensibilidad sobre los asuntos que más importan al cliente.

El objetivo principal de la enfermera es coincidir en la interpretación de lo que es importante y prestar el apoyo adecuado. Atender al paciente apoyándolo con actitudes y comportamientos que demuestren que le preocupa su bienestar, aceptándolo como persona, y no como un ser mecánico. [7]

Benner y Wrubel afirman que el cuidado es esencial para el ejercicio eficaz de la enfermería y nunca poder reducirse a la mera técnica y al conocimiento científico, porque el humor, el enojo, el cariño, la administración de medicamentos e incluso la enseñanza del paciente tienen distintas consecuencias en un contexto cuidador frente a otro que no lo es.

Las personas enfermas o incapacitadas requieren una atención continua en el domicilio, y aquí resulta de gran valor el conocimiento de la estructura familiar y su capacidad para influir sobre los aspectos de la vida de la misma durante todo el proceso de la enfermedad y aún después de que ésta concluya. Por ello, es de vital importancia recopilar el máximo de datos sobre la situación familiar para trazar el plan de cuidados.

La atención a la persona que permanece en cama, ya sea de forma permanente o transitoria, requiere dedicación y cuidados de manera continua durante las veinticuatro horas del día. Esta condición implica que, en situaciones límite, serán varios familiares los que necesariamente deberán asumir el papel de cuidadores directos. Los cuales son ayudados de manera continua por la enfermera la cual les brinda los conocimientos necesarios que deben tener con su familiar puesto que tendrán que hacerlo de manera continua. [(3)]

- **Comunicadora y colaboradora**:

Es un elemento esencial en todas las profesiones que se dedican a ayudar a los demás entre ellas la enfermería, que da forma a las relaciones entre las enfermeras y los clientes, y las personas que les ayudan entre las enfermeras y sus compañeras.

Además facilita todas las actuaciones que se realizan en todas las intervenciones. Una vez que se han llevado a cabo, la enfermera las registra en la historia del paciente, anotando los hallazgos, las técnicas realizadas y las respuestas del cliente transmitiendo verbalmente los datos pertinentes en los informes que se dan en los cambios de turno, cuando los pacientes son trasladados a otra unidad, al hacer una ronda de los pacientes y cuando estos son trasladados a otro centro asistencial.

- **Educadora**:

- Proporcionando educación directa para la salud a personas, familias y grupos, desarrollando actividades encaminadas a promover la salud, prevenir la enfermedad y rehabilitar, mediante programas de educación para la salud y otros más globales que puedan satisfacer las necesidades de la comunidad y permitan alcanzar el más alto nivel de desarrollo y participación para mejorar la calidad de vida.

- El profesional de enfermería asume un papel directivo en la formación y en la capacitación de promotores de salud y dinamizadores sociales de la comunidad que establezcan estructuras comunitarias autos gestionadas, que aprovechen los recursos de la misma.

- Contribuye a la formación de profesionales, en todos los niveles: básico, especializado y de formación continua.

- **Consejería:**

Es un proceso que ayuda a un cliente a reconocer y tratar los procesos del estrés psicológico o social, a mejorar la relación entre las personas y a fomentar el desarrollo individual.

El psicoterapeuta que aconseja a las personas de problemas desconocidos y la enfermera aconseja a individuos básicamente sanos que tienen dificultades para adaptarse a la vida normal, facilita que el cliente busque otros comportamientos, conozca otras posibilidades y obtenga una sensación de control.

La enfermera también debe estar dispuesta a modelar y enseñar los comportamientos deseados, a ser sincera al tratar con las personas y a demostrar interés y preocupación por el bienestar de los demás, por lo tanto debe poseer una mente imaginativa una actitud flexible y un gran sentido del humor para ocuparse de las diversas experiencias de la gente.

En la comunidad, la enfermera además de ser aquella persona que realiza diferentes programas para promover la salud y prevenir la enfermedad, es una persona que brinda apoyo y orientación a los individuos que la conforman, ella se convierte en una asesora dinámica que contribuye en la superación y el mejoramiento de la calidad de vida, su orientación va encaminada a estudiar con cada uno de los individuos, aquellos factores que no permiten la superación para poder de alguna manera manejarlos y mejorarlos.[8]

- **Defensora del cliente**:

La defensa supone una preocupación y unas actuaciones definidas en representación de otra persona u otra organización con el fin de inducir un cambio.

La defensa social implica actuaciones en nombre de una población o una comunidad para efectuar un cambio positivo.

Las enfermeras comprometidas en esta forma de defensa pueden fomentar entorno saludable a través de acciones políticas educación comunitaria y aislamiento en organizaciones profesionales.

- **Agente de cambio**:

Es una persona o grupo de personas que inician cambios o que ayudan a otros a realizar modificaciones en:

Aumentar la eficiencia o el grado de satisfacción entre los profesionales de la salud

Mejorar las actitudes de los ciudadanos y los legisladores hacia las expectativas de la profesión de enfermería.

LA ENFERMERA

- Proporciona sus servicios con respeto a la dignidad humana.
- Salvaguarda los derechos del paciente de su vida privada.
- Actúa en protección del paciente y sociedad.

- Asume la responsabilidad y obligación derivada de los juicios y actos individuales como tal.
- Mantendrá componente en enfermería.
- Utiliza su juicio, habilidad y conocimientos individuales y actualizados.
- Participa en investigaciones que contribuyan al enriquecimiento de la profesión.
- Participa en la instrumentación y mejora de las normas de enfermería.
- Participa en el mantenimiento de la atención médica de calidad.
- Mantiene la integridad de la enfermera informando verazmente al público.

2.9. ROL GERENCIAL DE LA ENFERMERA EN SALUD COMUNITARIA.

La enfermera en el campo de salud comunitaria debe laborar en diversos ambientes, con individuos, familias, grupos y la comunidad como un todo. La enfermera además de su papel como líder, debe desempeñar un papel dinámico, que cambia o crece a medida que suple las necesidades de la sociedad. (6)

De esta manera son dos los ámbitos de actuación de la enfermería comunitaria: la comunidad, la familia y la persona; las actividades que debe realizar el profesional de enfermería en este campo deben ir encaminadas a identificar sus necesidades y problemas. El objetivo de su trabajo será lograr involucrar a las personas, como miembros que se forman en una familia y pertenecen a una comunidad, en el desarrollo de los proyectos relacionados con la salud y el bienestar de la población.¨

Los profesionales de la Enfermería deben realizar una serie de actividades que se describen a continuación:

- Proporcionar una atención integral, basada en conocimientos amplios y profundos de las ciencias de la salud y de la salud comunitaria, y utilizar esos

conocimientos para comunicarse eficazmente con otros profesionales de la salud comunitaria.

- Aplicar con destreza la metodología de la salud comunitaria para poder identificar y diagnosticar a los grupos de población que sufren riesgos especiales de salud, y evaluar los Programas de enfermería en salud comunitaria (PAI, Salud Escolar, PANN 2000, Programa de Control de Tuberculosis, etc.).
- Vigilar el estado de salud de los grupos que conforman la comunidad.
- Desarrollar actitudes para movilizar los recursos de la comunidad y poder participar en las actividades de desarrollo de la comunidad tendientes a solucionar los problemas de salud.
- Utilizar su capacidad potencial en el papel que le corresponde para definir sus propios parámetros de acción.
- Asumir nuevas funciones relacionadas con la atención de salud y renunciar a las funciones tradicionales, conforme a las necesidades sociales del momento.
- Evaluar la salud física y psicológica de las personas y de las familias.
- Diagnosticar las necesidades de la salud de la comunidad y prestar una atención integral a la persona, familia, grupos y colectivos de personas que comparten necesidades de salud o enfermedad.

La enfermera incluye elementos de instrucción orientación y potenciación del auto cuidado y de la capacidad del paciente y sus familias para asumir y afrontar el problema planteado, al proporcionar una asistencia integral, eficaz y continua, y recurrir a otros profesionales cuando la situación lo requiera. [20]

Otra de las actividades propias de la enfermería es la de (integración), que sitúa al profesional como nexo entre la persona, la familia y el sistema de salud.

A la enfermera le correspondería también:

- Promover la organización de la comunidad y aprovechar los recursos disponibles para las acciones preventivas y sanitarias.
- Servir de enlace entre la comunidad, las instituciones y las profesiones más especializadas, y contribuir a su coordinación.

- Moviliza los recursos, individuales y colectivos, para que la comunidad participe en la resolución de sus problemas, y pueda así alcanzar mejores niveles de salud y de desarrollo.
- Contribuye a estructurar los grupos locales y el voluntariado.
- Desarrolla el trabajo interdisciplinario con profesionales de la salud y otras disciplinas afines a la comunidad y trabaja en colaboración con otros profesionales que se ocupan de la salud en la comunidad.

La enfermera en la salud comunitaria, como miembro del equipo de salud, a menudo debe actuar como enlace, al coordinar o facilitar los diferentes servicios que requieren los ciudadanos, que pueden precisar de la atención de otros profesionales del equipo, ya sea del propio centro de salud en que se realizan las actividades o de otros servicios de la comunidad, (escuela, servicios sociales, municipales…).

La enfermera también debe estar capacitada para realizar tareas de investigación documental y de campo, que contribuyan a orientar y enriquecer su práctica profesional.

En concreto, debe tener la capacidad de coordinarse con otros servicios y sus profesionales, también con la comunidad, para efectuar el estudio comunitario de salud, en todas las fases de su proceso; de esta forma participará en los estudios epidemiológicos orientados a la identificación de la relación patología-riesgo. [5]

Igualmente, deberá investigar en el campo de la administración y los servicios de salud, en temas como efectividad, calidad y costos de los servicios, desarrollo y distribución de recursos para la atención.

Debe ser aquella persona que realiza diferentes programas para promover la salud y prevenir la enfermedad, es una persona que brinda apoyo y orientación a los individuos que la conforman, ella se convierte en una asesora dinámica que contribuye en la superación y el mejoramiento de la calidad de vida, su orientación va encaminada a estudiar con cada uno de los individuos, aquellos factores que no permiten la superación para poder de alguna manera manejarlos y mejorarlos. [7]

2.9.1 COMUNIDAD

La comunidad es el contexto en el cual ocurren las interacciones con el ambiente, cuenta con una estructura la cual incluye a las personas y las características físicas de la comunidad. Las personas se definen según sus datos demográficos que incluyen edad, sexo y raza. La parte física de la comunidad incluye el terreno, y la utilización del mismo en los diferentes fines y su función principal es el aprovechamiento de los recursos comunitarios que ofrecen las personas que viven en su ambiente. (5)

La Enfermería en la comunidad tiene un papel muy importante, pues las enfermeras se pueden convertir en el pilar fundamental en el cuidado integral de la sociedad, ayudando a elevar la calidad de vida de los individuos. Se convierte en un medio de comunicación directo para la solución de sus problemas y necesidades. La enfermera comunitaria tiene un campo de acción muy activo y amplio, su área de trabajo está netamente establecido en las zonas urbano- marginales y rurales, en poblaciones de difícil acceso y de una diversidad étnica y cultural.

Se convierte en el líder de la sociedad, ella afrontaría situaciones adversas y en la medida de sus posibilidades buscaría los medios para encontrar soluciones.

Los servicios de enfermería tienen como misión cuidar la salud de los individuos, las familias y las comunidades en todas las etapas del curso de vida y en sus procesos de desarrollo. Las intervenciones de enfermería están basadas en principios científicos, humanísticos y éticos, fundamentados en el respeto a la vida y a la dignidad humana. (1)

El cuidar es la esencia de la enfermería, la cual se ejecuta a través de una serie de acciones de cuidado dirigidos a otro ser humano o grupos con afecciones físicas reales o potenciales, con el fin de mejorar o aliviar las molestias y/o dolencias generadas por el proceso de enfermedad o a mantener la salud; por esto, las personas que ejercen esta profesión deben poseer el conocimiento y la capacidad intelectual que les permitan resolver, comunicarse y reflexionar críticamente, sobre los problemas inherentes o que alteren la salud de las personas que cuidan. Las enfermeras/os prestan servicios de salud

a la persona, la familia y la comunidad y coordinan sus servicios con los de otros grupos organizados. [8]

Son inherentes a la enfermería el respeto de los derechos humanos, incluidos los derechos culturales, el derecho a la vida y a la libre elección, a la dignidad y a ser tratados con respeto. En los cuidados de enfermería hay respeto y no hay restricciones en cuanto a consideraciones de edad, color, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, orientación sexual, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social.

2.9.2 PROCESO DE ENFERMERÍA

Se entiende al Proceso de Atención de Enfermería como "un método sistemático y organizado para proveer cuidados de enfermería individualizados de acuerdo con el concepto de que cada persona responde de forma diferente ante una alteración real o potencial de la salud". Al tener en cuenta que las respuestas humanas (seguridad, afecto, sentimiento, pertenencia, autorrealización), son prioritarias para su desarrollo, se asegura un cuidado profesional de enfermería apropiado. [11]

El proceso de enfermería constituye también una herramienta técnico científica en la atención que se le brinda a todo ser humano, en los diferentes niveles de atención, que permita en cualquier caso aplicar la promoción, educación, prevención, tratamiento y rehabilitación para limitar el daño que se genere a partir de diversos problemas que afectan al individuo, familia y a la comunidad.

El proceso abarca una serie de dimensiones que afectan la salud y que a través del mismo se puede intervenir en los diferentes casos que se presentan para que el individuo pueda resolver sus problemas de salud, tomando en cuenta los aspectos socio-económicos, culturales, espirituales, educativos, de tal forma que a través de las intervenciones se logre que las personas modifiquen su estilo de vida para tener mejor calidad de vida.

El proceso de enfermería se ha definido también como "el método por el que se aplica la base teórica al ejercicio de la enfermería. Es un planteamiento para resolver problemas basados en una reflexión que exige capacidad cognoscitiva, técnicas e instrumentos que favorezcan la relación interpersonal. Tiene como fin satisfacer las necesidades del paciente, usuario y su familia". [(4)]

2.9.3. OBJETIVOS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Los objetivos del proceso de enfermería están dirigidos al paciente, enfermera/o y comunidad:

Para el paciente:

- Permitir la participación activa del paciente y su familia en los cuidados que se realizan en las diferentes etapas del proceso.
- Mantener el bienestar del paciente a un nivel óptimo.
- Garantizar la mejor calidad de vida del paciente y su familia durante el mayor tiempo posible.
- Realizar prácticas de auto cuidado.

Para la enfermera/o:

- Aumentar la satisfacción en el trabajo.
- Fomentar la relación enfermera paciente.
- Permitir brindar al paciente durante las 24 horas del día.
- Educar para el auto cuidado.
- Permite la proyección social de la enfermería.

Para la comunidad:

- Fomentar la prevención y promoción de la salud.
- Fomentar estilos de vida saludable.

- Fortalecer la participación comunitaria.
- Fomentar los valores comunitarios con enfoque de interculturalidad y género.

2.9.4. FAMILIA.

En la salud de las personas el grupo social que más influye es la familia, es una de las instituciones sociales más antigua y más fuerte. Sus miembros tienen una historia común, comparten rasgos genéticos, entorno, costumbres, creencias, actitudes generales y estilos de vida. (6)

Una familia es un grupo de dos o más personas unidas por lazos afectivos, de sangre o adopción, que constituyen un solo hogar, que interactúan entre sí en sus respectivos roles familiares, y que crean y mantiene una cultura en común.

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

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

El estado de salud de un miembro de la familia y su reacción frente a la enfermedad influyen en los mecanismos físicos y psicológicos de soporte que actúan dentro de la familia, y reciben, a su vez, influencia de estos mecanismos.

El crecimiento y desarrollo de un niño dependen de la interacción de ciertos factores biológicos determinados genéticamente, y también del medio familiar. Las malas condiciones de la vivienda, el hacinamiento, la alimentación deficitaria y la falta de instrucción afectan a los miembros de la familia, que tienen en común ciertas formas de comportamiento, incluso las que se refieren a la asistencia sanitaria. Es lógico, pues,

considerar las necesidades y los problemas sanitarios de la familia en su conjunto y abordar los problemas de salud individuales en el marco de un programa general de salud de la misma.

Las modificaciones que conlleva la vida moderna han producido cambios que nunca se habían previsto en las necesidades de salud y en la demanda de una mayor cobertura en cuanto a los servicios de la misma. La enfermedad, la discapacidad y situaciones como el desempleo pueden alterar el equilibrio de un grupo y afectar la salud mental y física de sus miembros.

En 1974 la reunión del Comité de Expertos en Enfermería de la O.M.S. formuló la siguiente declaración:

"Los servicios de enfermería orientados a la salud de la familia se basan en la concepción de ésta como unidad y tienen por objeto atender las necesidades y preocupaciones de la familia en materia de salud, animándola a utilizar sus propios recursos, humanos y materiales, y señalando la manera óptima de utilizar los servicios de salud disponibles".(10)

La enfermera tiene que realizar una valoración exhaustiva del estado de salud de una determinada familia, es una tarea laboriosa y compleja, por lo que sólo a través de diferentes contactos se puede lograr un conocimiento profundo de sus miembros y de sus necesidades de salud.

La recogida y el análisis de los datos básicos acerca de una familia ayudan a la enfermera comunitaria a evaluar y diagnosticar los problemas de salud y las necesidades sanitarias de la familia de una manera organizada y sistemática.

2.9.5. PERSONA:

Las personas enfermas o incapacitadas requieren una atención continua en el domicilio, y aquí resulta de gran valor el conocimiento de la estructura familiar y su

capacidad para influir sobre los aspectos de la vida de la misma durante todo el proceso de la enfermedad y aún después de que éste concluya. Por ello, es vital importancia recopilar el máximo de datos sobre la situación familiar para trazar el plan de cuidados.

La atención a la persona que permanece en cama, ya sea de forma permanente o transitoria, requiere dedicación y cuidados durante las veinticuatro horas del día. Esta condición implica que, en situaciones límite, serán varios familiares los que necesariamente deberán asumir el papel de cuidadores directos. Los cuales son ayudados de manera continua por la enfermera, la cual les brinda los conocimientos necesarios que deben tener con su familiar puesto que tendrán que hacerlo de manera continua.

2.9.6. ATENCIÓN DOMICILIARIA:

La meta de enfermería en el siglo XIX era la protección y el mejoramiento de la salud de todos los miembros de la familia. Las enfermeras estaban interesadas en las condiciones ambientales, socioeconómicas, y todas las condiciones restantes que afectan la salud individual y comunitaria.

Actualmente la enfermera brinda su atención a un individuo y a su familia, desarrolla una relación personal con la misma, teniendo en cuenta que el componente importante es la relación y la atención que se le ofrece al individuo en su residencia.

Por lo general la visita domiciliaria se realiza cuando es remitida por un médico o por que la trabajadora social lo solicita. La atención domiciliaria debe caracterizarse por la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, donde la parte fundamental de su trabajo es la educación brindada al paciente y a su familia que le permitan la conservación de la salud familiar e individual.[19]

2.9.7. GERENCIA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA.

El personal de enfermería actúa y realiza una de sus múltiples funciones, la gerencia del cuidado en la dimensión Vida – muerte y donde está siempre presente la salud - enfermedad.

La Real Academia Española define la palabra Cuidado del participio pasivo Cuidar. Solicitud, esmero y atención que se `pone en la ejecución de una cosa, asunto o negocio que uno tiene a su cargo o algo. Y la palabra Cuidar (decoidar), verbo transitivo que significa poner cuidado, diligencia, solicitud y esmero en hacer algo, es asistir, guardar, vigilar y conservar. Términos que denotan una acción con un fin y la cual bajo ciertos parámetros recae sobre alguien o sobre algo.

Al analizar el término cuidado, este puede tener las connotaciones de fin o la de medio como fin su efecto último deseado denota adaptación o readaptación, recuperación o restablecimiento de algo o del individuo y grupos de individuos hacia el medio social (familiar, educativo, laboral o económico o espiritual) al que pertenece para responder a las múltiples exigencias de su entorno.

La acción de cuidar requiere de un sujeto, el cuidador. Puede ser ejercida por la propia persona y habla del Auto-cuidado si es ejercida por un familiar y o amigo, se hace referencia al cuidado afectivo-instintivo e innato y se convierte en un proceso científico, como es el caso de la madre cuando cuida a sus hijos enfermos y sano o, cuando es realizada por personas entrenadas como en el caso de los Profesionales de enfermería, la acción de cuidar deja de ser un proceso empírico, instintivo e innato y se convierte en un proceso científico, sistemático y aprendido que implica no sólo el acto de cuidar en sí sino también, el hecho de combinar y buscar la armonía de múltiples recursos, conocimientos y actitudes del cuidador o los cuidadores para lograr el fin último que el sujeto o los sujetos que requieren y reciben cuidado pasen de un estadio negativo de displacer, de confort o anormal que caracterizan a la enfermedad, a un estadio positivo, de placer, confort o normal por medio de estrategias de promoción, protección, prevención o de rehabilitación de la salud.[26]

Al constituirse la acción de cuidar en la esencia o función primordial del Profesional de Enfermería, este requiere:

- Incorporar, identificar y revertir todo aquello que lo caracteriza como persona y enfermera (o) en el acto de cuidar la salud o enfermedad de un individuo o de grupos de individuos, ya sea en el hogar, la comunidad o en las instituciones destinadas para tal fin o, al cuidar en forma individual, colectiva o compartida con otros que también cuidan.
- Tener una visión integral del ser humano como persona que es único, singular e indivisible y ejercer la acción de cuidar en forma integral, es decir teniendo en cuenta aspectos psicológicos, biológicos, físicos y espirituales que hacen que el ser humano sea e interactué en la dimensión de vida – muerte.

Las diferentes enfermeras teoristas del cuidado de Enfermería como Hildegart de Preplau, Martha Rogers, Gertrud Ujhely, Nancy Roper, Callista Roy, Dorothea Orem, Dorothy Johnson, Virginia Henderson y Newman entre otras, se refieren al cuidado como p arte fundamental de la práctica de enfermería, a la interacción y adaptación entre el personal de enfermería y el ser humano, individuo, o paciente cuando ejerce la acción de cuidar a la visión de totalidad integralidad que implica el cuidado cuando este se da en el continuo salud -enfermedad y al cuidado que da la enfermería como un proceso sistematizado y dirigido hacia un fin.[(4)]

- Los diversos análisis que se hagan de los conceptos **CUIDADO Y GERENCIA** ya sea como ciencia y arte o como profesión o disciplina, tienden más a dar respuestas de tipo socio laboral que a lo que si implican el ser una ciencia y un arte. Los dos conceptos tienen y requieren de fundamentación teórica de conocimientos propios y de otros afines, de principios y métodos para instrumentalizarlos y poder responder a sus propios objetivos: **cuidar y conducir con calidad.**
- En la gerencia se trata de una dirección orientada al logro de los objetivos de la organización y la dirección en sí, no necesariamente trata de alcanzar objetivos, facilita el logro de ellos.

- Para cuidar el profesional de enfermería requiere tener conocimientos, actitudes y destrezas propias de ella y utilizar las herramientas propias de la gerencia para prever, organizar, dirigir y controlar el cuidado con calidad y sensibilidad.

Se puede afirmar que la Gerencia del Cuidado por parte del profesional de Enfermería es:

- El punto de equilibrio donde confluyen los conceptos, teorías, procesos, principios y los elementos propios de cada área.
- La conducción del cuidado en la búsqueda de las vías de acción para garantizar proveer el cuidado.
- Una concepción e internalización de los diferentes interrogantes que hacen que el profesional de enfermería actúe, responda y transforme la realidad en torno de la salud-enfermedad.

La gerencia de cuidado implica motivación, creatividad, responsabilidad y ética por parte del cuidador y de quien se cuida, claridad y cambio de actitud frente al ser y al que hacer por parte del cuidador, búsqueda de nuevas formas de intervención, integración y transformación de los recursos disponibles para el cuidado, aprovechamiento de los diversos instrumentos y métodos de acuerdo a cada situación que implica la acción de cuidar, juicio crítico para la toma de decisiones, visión y previsión y reactivación frente a la velocidad con que cambia el continuo salud – enfermedad, establecimiento de las diferencias de sí mismo y de los otros, hacer uso de la información para la cooperación y coordinación del trabajo.

La gerencia del cuidado por parte de enfermería es la consolidación de una cultura efectiva dentro de los sistemas de salud y de educación, donde el acto de cuidar es una reciprocidad entre la persona o las personas que reciben la acción de cuidar y el profesional de enfermería responsable de dicho cuidado. [16]

"Los servicios de enfermería orientados a la salud de la familia se basan en la concepción de ésta como unidad y tienen por objeto atender las necesidades y preocupaciones de la familia en materia de salud, animándola a utilizar sus propios recursos, humanos y materiales, y señalando la manera óptima de utilizar los servicios

de salud disponibles". El núcleo familiar permite a la enfermera comunitaria ayudar a todos sus miembros en la consecución de mejores niveles de salud; igualmente no se puede olvidar que la familia es la unidad básica de atención de la enfermera comunitaria; a través de la misma hace extensibles sus cuidados a la comunidad y al individuo.

2.10. DESCRIPCIÓN DE PALABRAS CLAVE:

ENFERMERA COMUNITARIA.

La misión de la enfermera comunitaria es:

- Promocionar, prevenir, curar y rehabilitar al individuo, familia y comunidad para mejorar la calidad de vida en el medio donde éstos se desarrollan.

Esta profesión es eminentemente humanista, es decir, que se preocupa del ser humano desde el punto de vista holístico, de manera integral, que cumple con algunas características que se aprecian claramente y otras no tanto, siendo eminentemente una profesión de servicio a la comunidad, de carácter colectivo, que posee un conocimiento adecuado para la ejerción de éste.

ROL DE LA ENFERMERA:

El conjunto de comportamientos, habilidades, actitudes y valores que la sociedad espera de estas profesionales, centrándose en el cuidado de la vida humana, a través de todas las etapas de vida del individuo, sin dejar de lado la atención a la comunidad y familia, este rol se lleva a cabo a través de las siguientes funciones: Asistencial, Administrativa, Educativa y de Investigación.

MAIS:

Es la atención integral en salud con calidez, eficiencia y eficacia que se da al individuo, familia y comunidad respetando sus culturas, sus creencias, su raza, para mejorar su estilo de vida mediante la prevención.

3 MATERIALES Y MÉTODOS.

3.1 MATERIALES

3.1.1 LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se desarrolló en las Malvinas en la Cooperativa Esmeralda Chiquito, Área de Salud No. 3 de la ciudad de Guayaquil, se encuentra localizado al suroeste de la ciudad en las riberas del estero Mogollón, se caracteriza por ser un lugar urbano marginal donde no existe los servicios básicos, por lo que hay insalubridad, aquí habitan algunas de las culturas del país ya que son migrantes de otras provincias y especialmente de la Isla Puná, e incluso ubicándose a lo largo de la ribera del estero salado en un terreno mal rellenado con restos de material de construcción de otros sectores por lo que el suelo se hace pantanoso y no apto para la construcción de viviendas produciéndose frecuentemente deslizamientos de tierra, las viviendas son de caña con malas instalaciones eléctricas produciendo incendios por cortes circuitos, se recuerda que en el año 2009 se produjo un incendio donde la mayoría perdió todo, felizmente no hubo muertes pero si algunos hospitalizados por asfixia. Con la ayuda gubernamental se realizó la construcción de las viviendas devolviendo un poco de felicidad a estas familias.

3.1.2 PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN.

El período de investigación fue entre Marzo a Noviembre del año 2011.

3.1.3 RECURSOS EMPLEADOS.

3.1.3.1 Recursos humanos.

- La Autora
- La Tutora

3.1.3.2 Recursos físicos.

- Computadora
- Hojas
- Libros
- Copias
- Mapa
- Tablero
- Plumas, lápiz
- Fichas familiares
- Rotafolios
- Trípticos
- Proyector

3.1.4 UNIVERSO

Estuvo conformado por todos los pacientes de las Malvinas de la Cooperativa Esmeralda Chiquito para los usuarios externos. CON UN TOTAL DE 102 FAMILIAS

3.1.5 MUESTRA

La muestra para los usuarios externos estuvo conformada por **87** familias fue una muestra no probabilística, según los criterios de inclusión y exclusión siguientes:

- Criterios de inclusión: Familias con riesgo detectados dentro del área de investigación, con disposición a participar.
- Criterio de exclusión: Familias dentro del área de investigación sin riesgos detectados, sin disposición a participar en la investigación.

Para establecer el tamaño de la muestra se tomó en consideración las familias que habitan en el área de investigación, mediante la siguiente ecuación:

$$n = \frac{Z^2 pqN}{Ne^2 + Z^2 pq}$$

En donde:

Z= nivel de confianza (1.96%)

N= universo o población (102familias)

p= probabilidad a favor (0.5)

q= probabilidad en contra (0.5)

e= error de estimación. (0.04)

n= tamaño de la muestra

$$n = \frac{1{,}96^2\ px0{,}5x0{,}5x102}{1020{,}04^2 + 1{,}96^2 0{,}5x0{,}5}$$

n= 87 familias.

3.2 MÉTODOS.

3.2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Es un trabajo descriptivo

3.2.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

Es una investigación de campo no-experimental.

3.2.3 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Para dar cumplimiento al objetivo específico No. 1 se empleó observación directa, análisis documental y procesamiento estadístico de datos. En el objetivo específico No. 2 se empleó análisis documental, procesamiento estadístico de datos y análisis y síntesis.

En el desarrollo del objetivo específico No. 3 se emplearon encuestas y procesamiento estadístico de datos. Para el No. 4 se utilizó análisis documental y procesamiento estadístico de datos y para el último objetivo específico se desarrolló análisis y síntesis.

4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

4.1 REALIZACIÓN DE UN DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE SALUD DE LA COMUNIDAD ESMERALDAS CHIQUITO INCORPORANDO EL ENFOQUE INTERCULTURAL, INTEGRAL Y COMUNITARIO.

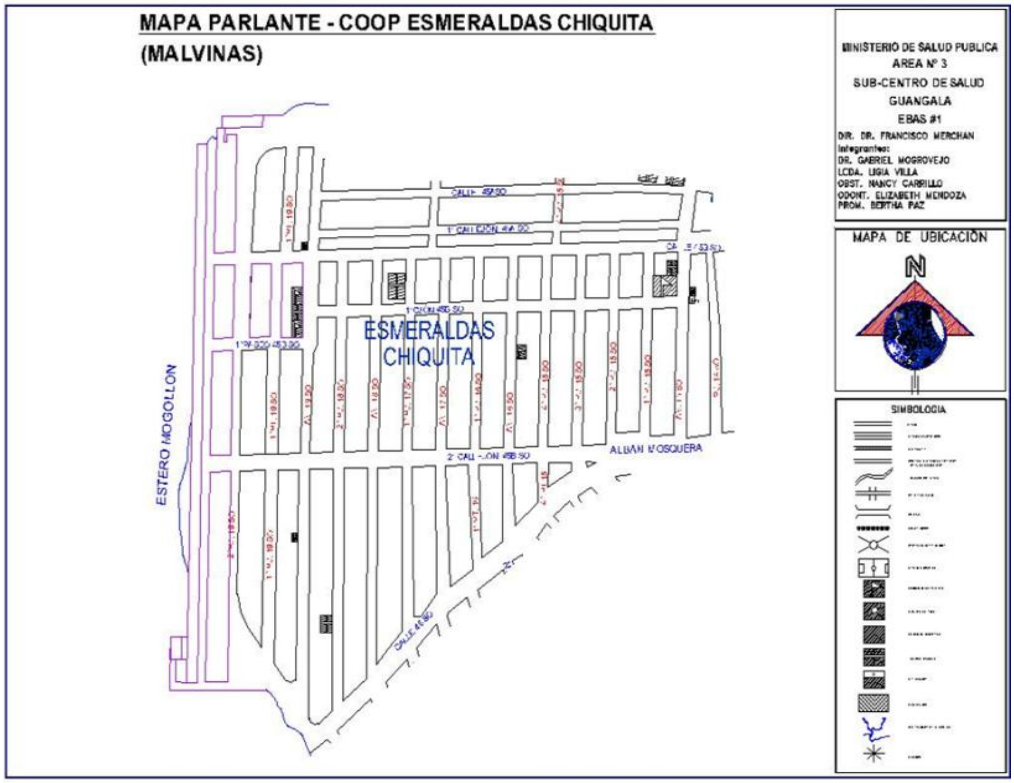
LOCALIZACIÓN:

La Cooperativa Esmeralda Chiquito se encuentra en la Provincia del Guayas, Cantón Guayaquil, al Sur de la Parroquia Ximena correspondiendo al Área de Salud No. 3 y al área de influencia del S.C. S. Guangala

.

EXTENSIÓN TERRITORIAL:

El área de investigación abarca una franja que totaliza 2,4 km^2.



LIMITES:

La cooperativa Esmeralda Chiquito posee los siguientes límites.

Norte: Cooperativa Jaime Roldós, Cooperativa Jaime Toral Zalamea y el Estero del Muerto (calle Luz del Guayas 45B)

Sur: Parte del Estero Mogollón y la Avenida Ernesto Albán (estación línea de transporte 91)

Este: Cooperativa los Palestinos (Calle Pasaje 15SO)

Oeste: Ribera del Estero Mogollón.

ÁREA GEOGRÁFICA

La cooperativa Esmeraldas Chiquito consta de 30 manzanas, de las cuales se seleccionaron las familias que se encuentran en la última manzana que se encuentra en la ribera del estero Mogollón en donde existen 102 familias.

ACCESIBILIDAD Y ZONAS DE RIESGOS

Formas de acceso	TERRESTRE: Líneas de transporte 91 y 129.
Medios de comunicación	Telefónico, radial, internet.
Distancia de la comunidad a la unidad de salud más cercana	610 m
Tiempo de llegada a la unidad de salud desde la comunidad	20 minutos.
Zona de riesgo	Deslizamientos, inundaciones, incendios.
Fechas festivas.	Fiestas de la Ciudad.

Fuente: Elaborado por la autora

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA COMUNIDAD ESMERALDAS CHIQUITO.

Se caracteriza por ser una zona urbana marginal de las Malvinas, con una población de 4.277 habitantes, en este lugar se encuentran habitantes de todas las etnias como: blancos, mestizos, negros, montubios e indígenas que han migrado de otras provincias del Ecuador como Chimborazo, Esmeraldas o de otros cantones de la Provincia del Guayas específicamente de la Isla Puná, o como de otros países como Colombia y Perú cada quien con su cultura y sus costumbres.

Se llama Esmeraldas Chiquito porque los primeros habitantes que llegaron a esta zona eran provenientes de la Provincia de Esmeraldas y de raza negra.

Esta Localidad cuenta con tres escuelas, tres guarderías, un puesto de Auxilio Inmediato (PAI), una iglesia evangélica, una iglesia católica.

No existen servicios básicos como agua potable, red de alcantarillado, recolección de basura, pavimentación, haciendo un lugar propicio para la aparición de enfermedades sobre todo en la estación invernal, en la parte Oeste que se encuentra hacia la ribera del Estero Salado en donde se puede apreciar, en su mayoría, viviendas de caña y madera y unas cuantas de construcción mixta y de un solo ambiente en pésimo estado y que se encuentran en riesgo de colapso debido a que son construidas en terreno pantanoso, mal rellenado por materiales de construcción producto de demoliciones de otros inmuebles de otros sectores de la ciudad lo que hace que el suelo no sea apto para construir viviendas o en su defecto las viviendas están construidas sobre el agua, razón por la cual en diversos momentos han colapsado algunas viviendas. Cuando ha sucedido ésto, algunas familias se van a vivir en otros sectores, pero nuevamente llegan otros habitantes a invadir este sitio que simplemente son terrenos comprados a traficantes de tierras.

Las 87 familias no poseen agua potable por lo que deben proveerse a través de mangueras por medio de vecinos, que viven al frente de esta manzana y son almacenado en tanques de metal o plástico dando un mantenimiento inadecuado, por lo que son fuente de criaderos de mosquitos ocasionando Dengue, pero también se abastecen de

botellones o toman directamente de la manguera produciendo un alto índice de parásitos y enfermedades diarreicas así mismo no poseen servicio de alcantarillado ni recolección de basura por lo que optan por arrojarla al estero, y como no hay sitios de diversión los niños y adolescentes se bañan en estas aguas contaminadas, esto se puede apreciar sobre todo en las manzanas hacia la rivera por lo que se observa que sus habitantes viven en precarias condiciones.

Por este tipo de construcciones y las malas instalaciones eléctricas se ha dado también desastres como fue el incendio que consumió a 106 viviendas donde habitaban alrededor de 250 familias, quienes lo perdieron todo, pero gracias a los equipos EBAS del MSP por medio de las fichas familiares realizadas se pudo constatar realmente cuantas y cuáles fueron las familias damnificadas.

El hecho dramático ocurrió cerca de las 01:00 am, el 20 de noviembre del 2009, en donde las llamas producidas aparentemente por un corto circuito, fueron las causas del devastador flagelo, que consumió cerca de tres manzanas de construcción. La mayoría de las viviendas eran de caña, pero gracias a la ayuda gubernamental se realizó la construcción de casas de cemento con dos dormitorios, un baño, sala comedor y cocina devolviendo la felicidad a estas familias.

De parte de la Ilustre Municipalidad y autoridades del Gobierno se realizó un censo después del incendio para proveer de servicios básicos como alcantarillado y agua potable y se comprometieron que serán reubicadas todas las familias que viven en el margen del estero Mogollón y que se construirá un malecón contiguo a las casa de cemento que entregó el gobierno. Actualmente ya se han reubicad NBo algunas familias en otros sectores de la ciudad como Petrillo y ciudad Victoria y que se les irá reubicará poco a poco hasta que no quede ninguna familia en aquel sector.

A partir de este incendio el MSP se preocupó por la construcción del Centro de Salud en un terreno donado por el Municipio ya que quedaba más distante a esta comunidad y era alquilado. Hoy cuenta con local propio aunque su espacio físico es

pequeño para la gran demanda de pacientes, pero se está gestionando para la construcción de uno más grande.

A partir de Mayo del 2012 se han iniciado los trabajos de alcantarillado y la construcción de veredas y bordillos en el área de influencia.

1.- FACTOR PERCEPCIÓN MANEJO DE SALUD DEL AREA DE ESTUDIO

En esta zona existen 144 personas con deficiencia educativa ya que son personas que no han completado su educación básica y 20 son analfabetas se ubican en la ribera del estero en el lado oeste donde hay 83 familias que viven en hacinamiento, en donde la vivienda consta de una sola habitación compartiendo incluso dos o tres familias sitio propenso para que se dé las diferentes enfermedades, violencia intrafamiliar, se encuentra 15 niños de 3 – 4 años sin aplicarse ninguna vacuna o con esquema incompleto de vacunación, 2 madres adolescentes embarazadas sin ningún control, 7 mujeres que nunca se han realizado un Papanicolaou y en general toda la población sin realizar un control médico, obstétrico y dental.

Treinta y siete Familias no van nunca al Centro de Salud si sienten alguna molestia se auto medican predominando la raza mestiza y la afro ecuatoriana, en otros casos 7 familias acuden al curandero o herbolario que existe en el sector pero que por su edad realiza su trabajo en casos especiales, si el niño tiene fiebre o diarrea le pasan un huevo porque está ojeado o le realizan una limpieza con montes como ruda, albaca, aguardiente y otras plantas para el espanto; en el caso de los adultos si están enfermos acuden al Centro de la ciudad para realizarse limpiezas, mujeres embarazadas que se soban (masajes) en su abdomen supuestamente para colocar en buena posición al bebe, mujeres indígenas de la Sierra que han realizado su parto solas en su domicilio, no llevan a sus niños a vacunar por las reacciones que presentan después de la administración de las mismas, si presenta varicela le dan agua de lenteja para que pase rápido la enfermedad, si presenta erisipela le pasan un sapo en la parte afectada, si tiene dolor de muela mastica un clavo de olor, si tiene fiebre le pasan jugo de limón o sábila,

si tiene escaldaduras o dermatitis le ponen maicena o máchica, queman el palo santo para repelar a los mosquitos.

Otras seis familias utilizan la Medicina Alternativa, se cita algunas de ellas: si tiene dolor de estómago se toma un té de manzanilla u orégano, si el niño tiene diarrea le dan suero de arroz, manzana, guayaba, buchadas de hoja de aíre o agua de manzanilla para desinflamar las amígdalas,...

Ochenta familias viven con los animales (perros, gatos, chanchos, gallinas), dentro de sus viviendas ya sea por falta de seguridad o espacio físico.

2.- FACTOR NUTRICIONAL METABÓLICO

Existe desnutrición, sobre todo en la población infantil, en número de veinte niños también se encuentra un alto índice de personas adultas y adolescentes con sobrepeso y obesidad en número de 87 debido al consumo de carbohidratos y grasas saturadas por lo que aumenta el riesgo de enfermedades cardíacas.

Algunas familias se alimentan dos veces al día, sobreviven con $2 diarios para 5 o 6 personas

3.- FACTOR ELIMINACIÓN DE DESECHOS SÓLIDOS Y LIQUIDOS

Los desechos sólidos y líquidos son arrojados por ochenta y tres familias al Estero Salado como: desperdicios de material de construcción, basura, resto de materiales de reciclaje ya que ocho familias trabajan realizando esta actividad.

Los desperdicios de material de construcción también son utilizados para rellenar el estero y construir viviendas por lo que siguen invadiendo la zona y cuando las mareas son altas sobretodo en la época de invierno se produce deslizamiento de tierras por lo que sus viviendas se caen, produciendo pérdida material y accidentes en la población por lo que se ven en la necesidad de buscar otro sitio, pero esto no soluciona el problema ya que es invadido por otras familias.

No existe un servicio adecuado de recolección de basura, por lo que hay un exceso de acumulación de desperdicios en las esquinas en la parte hacia afuera de la ribera.

A dos cuadras de la ribera existe alcantarillado pero no cumple con las expectativas de los moradores por lo que continúan con el uso de pozo sépticos, letrinas y debido a su situación económica, siendo uno de los mayores focos de infección para la salud de los mismos.

.

Existe también criaderos de cerdos y pollos por lo que hay presencia de moscas y roedores que contaminan el ambiente con olores y aerosoles desagradables. Existen carpinterías de los mismos moradores contaminando con sustancias nocivas que afectan al sistema respiratorio.

4.- FACTORES DE ACTIVIDAD EJERCICIOS Y RECREACIÓN

No existen sitios recreativos (canchas deportivas, parques, juegos infantiles) para realizar ejercicios físicos, esto contribuye al sedentarismo y problemas de obesidad.

5.- FACTOR COGNITIVO PERCEPTUAL

La población está al tanto de su situación riesgosa sin embargo continúan realizando asentamientos en lugares que no deben hacerlo poniendo en riesgo sus vidas y de los demás porque en ocasiones se van del sector dejando la vivienda alquilada o vendiendo.

6. FACTOR DE AUTO PERCEPCIÓN Y AUTO CONCEPTO

También existen familias que mantienen su salud controlada hacia la parte de afuera por el lado Este en donde se puede apreciar niños con esquema de vacunación completa, adecuada planificación familiar, las normas de higiene en su hogar son mejores, no existe hacinamiento y sus viviendas son de cemento y construcción mixta.

7. FACTOR ROL RELACIONES.

Existe veinte familias desestructuradas, ya sea porque alguien de la familia migró al exterior o porque tienen otros hogares abandonados lo que ocasiona en algunos casos problemas de aspecto psicológico, también se ha encontrado casos de maltrato físico en los niños tanto de parte de los mismos padres como de personas que quedan a cargo de ellos, o maltrato físico y psicológico a su pareja.

8. FACTOR SEXUALIDAD

Muchas parejas han iniciado su vida sexual a temprana edad y sin tener conocimientos sobre su sexualidad no han realizado planificación familiar por lo que hay un aumento en el número de hijos.

9. FACTOR DE ADAPTACIÓN Y TOLERANCIA AL ESTRÉS

Existen cinco familias que han dejado a sus hijos con sus abuelos en los recintos para adaptarse a su nueva pareja, o parejas jóvenes que viven mantenidos por sus mismos padres y las familias se adaptan a vivir en este medio sin importar el riesgo de salud.

10. FACTORES SOCIOECONÓMICO

Las ochenta y siete familias generalmente son de recursos económicos bajos, el jefe del hogar se dedica a recoger cangrejos en el manglar o al reciclaje, las mujeres la mayoría trabajan fuera del hogar realizando actividades domésticas generalmente en ciudadelas, razón por la cual los niños pasan abandonados, encerrados o al cuidado de sus hermanos mayores, en pocas ocasiones por uno de sus abuelos.

Está comunidad se caracteriza por ser una zona altamente peligrosa, debido a la presencia de pandillas, drogadictos, quienes muchas veces se dedican a asaltar a los habitantes del sector esto se puede apreciar a cualquier hora del día. Está situación está

relacionada con la falta de ingresos económicos en la familia lo cual origina que muchos recurran a actividades ilícitas. Se ha observado un alto índice de consumo de drogas en cierto sector de la comunidad causando molestias a las personas que habitan en este sector. Padres cuyos hijos no han sido inscritos en el registro civil y que ya están adultos unos por esperar que sus hijos sean reconocidos por parte de su cónyuge y otros por descuido.

Algunas familias se van del sector a otros lugares de invasión dejando sus casas alquiladas o las venden.

4.2 DETERMINACIÓN DE LA EXISTENCIA DE LAS PROBLEMÁTICAS DE SALUD MÁS FRECUENTES Y COMUNES.

4.2.1 Grupo de riesgos biológicos y componentes según grupo cultural.

Riesgos Presentes	Grupo Cultural						Número de Familia	Porcentaje.
	Indígena	Afro-ecuatoriano	Negro	Montubio	Mestizo	Blanco		
Familias con niños menores de cinco años con vacunación incompleta	1	0	0	0	13	1	15	17
Familias con niños menores de cinco años con mal desnutrición.	1	2	1	1	9	0	14	16
Familias que presentan al menos dos personas con sobrepeso y obesidad	0	3	0	1	32	0	36	41
Familias con enfermedades de impacto(diabetes, hipertensión)	0	0	1	2	9	0	12	14
Familias con Embarazadas que presentan problemas de alto riesgo	1	1	0	0	2	0	4	5
Familias con personas discapacitadas	0	1	0	1	2	0	4	5
Personas con problemas mentales	0	0	0	0	2	0	2	2
Total	3	7	2	5	69	1	**87**	**100**

Fuente: Investigación de campo.

Análisis y discusión: De las 87 familias el 41% tienen sobrepeso u obesidad lo que indica que las personas no se alimentan adecuadamente y no existen sitios para realizar ejercicio físico, seguida del 17% con vacunación incompleta muchas veces las madres no completan el esquema de vacunación en menores de cinco años por que trabajan y no hay quien les lleve al centro de salud o por las reacciones post-vacunación.

El 16% de las familias en menores de cinco sufren de desnutrición, seguida de las enfermedades de impacto como diabetes, hipertensión con el 14%, y en menor

porcentaje las embarazadas con problemas, discapacitados y enfermedades mentales. Predominando el grupo cultural mestizo por ser el mayor número de familias que viven en el sector, seguida de afro-ecuatorianos.

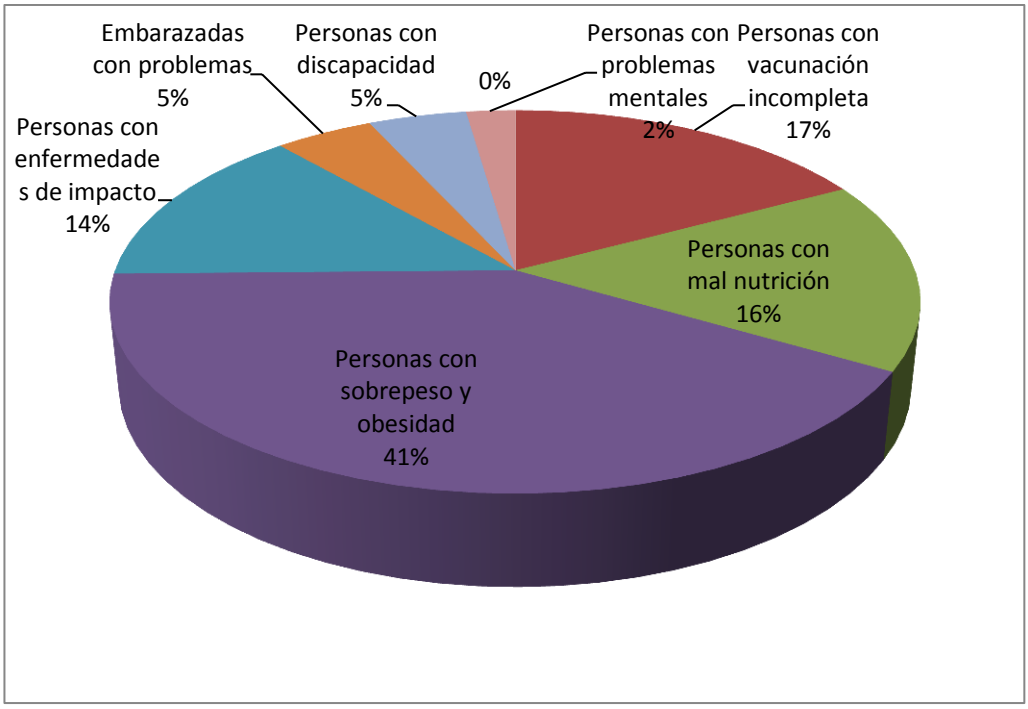


Gráfico 1 Riesgos biológicos.

4.2.2 RIESGOS SANITARIOS

Riesgos Sanitarios	N° Familias	Porcentaje
Consumo de agua segura	15	17,24
consumo de agua insegura	72	82,76
Total	**87**	**100**

Fuente: Investigación de campo

Análisis y discusión: De las 87 familias el 82.7% consumen agua insegura es decir sin hervir ni clorada por lo que la población se enferma de parasitosis y enfermedades diarreicas, el 17,24% consume agua segura.

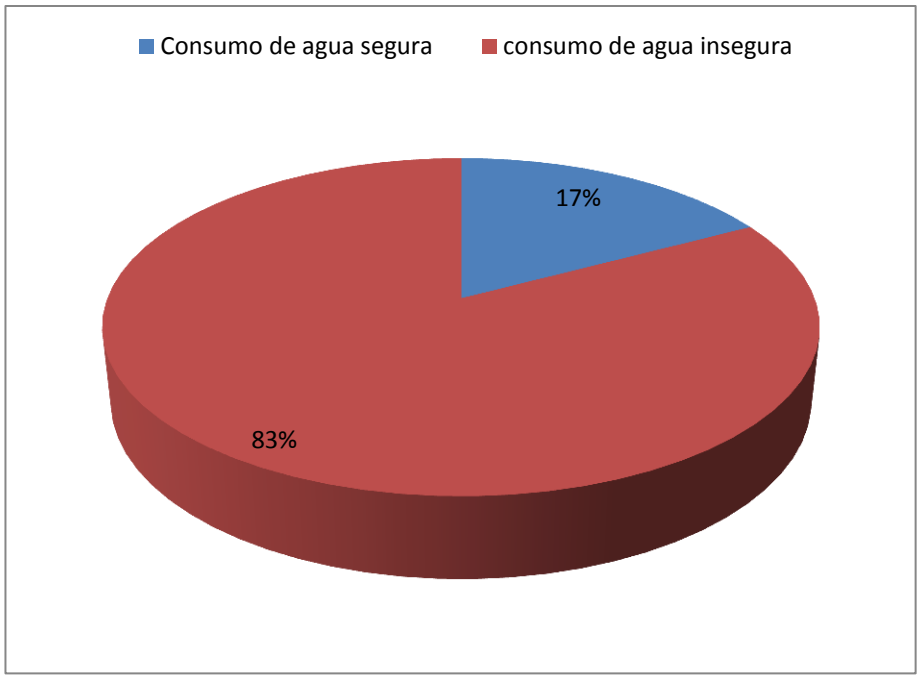


Gráfico 2 Riesgo sanitario. Consumo de agua.

Riesgo Sanitarios	# Familias	Porcentaje
Mala eliminación de basura y excreta	83	95.4
Buena eliminación de basura y excretas	4	4.6
Total	**87**	**100**

Fuente: investigación de campo.

Análisis y discusión: De las 87 familias apenas el 4.6% realiza una buena eliminación de la basura en el carro recolector que pasa los días martes y viernes a seis cuadras del sector al igual que la eliminación de excreta lo hacen en letrinas. El 95.4% de las familias realizan en el estero salado por no contar con la recolección de basura cerca ni red de alcantarillado por lo que existe contaminación ambiental.

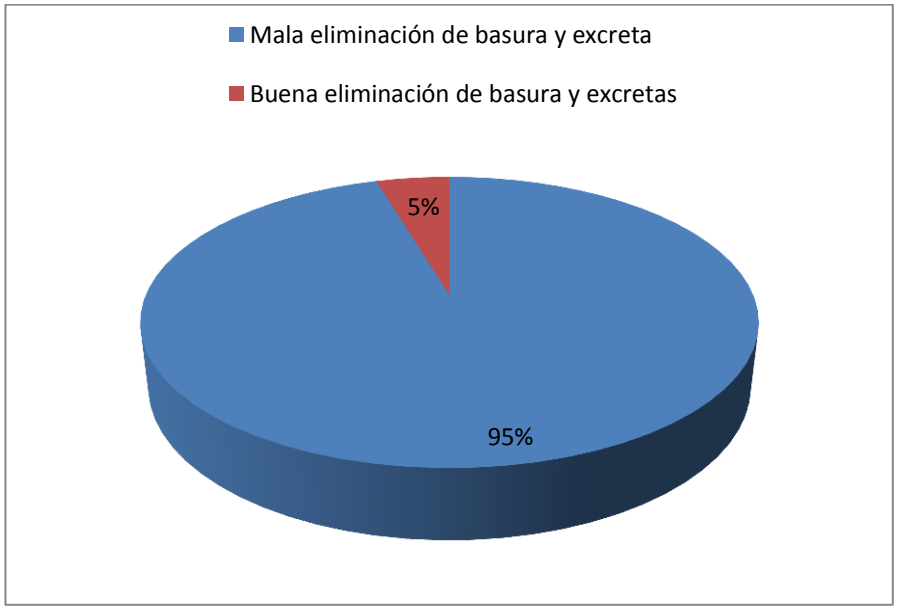


Gráfico 3 Riesgos sanitarios. Eliminación de basura y excretas.

Riesgos Sanitarios	# Familias	Porcentaje
Animales dentro / vivienda	80	92
Animales fuera / vivienda	3	3.4
No tiene animales	4	4.6
Total	**87**	**100**

Fuente: Investigación de campo.

.**Análisis y discusión:** De las 87 familias el 92% de las familias tienen animales domésticos dentro de la vivienda ya sea por seguridad o por el espacio físico constituyendo un riesgo para enfermarse, el 3.4% tiene los animales fuera de la vivienda generalmente perros y el 4.6% no tiene animales.

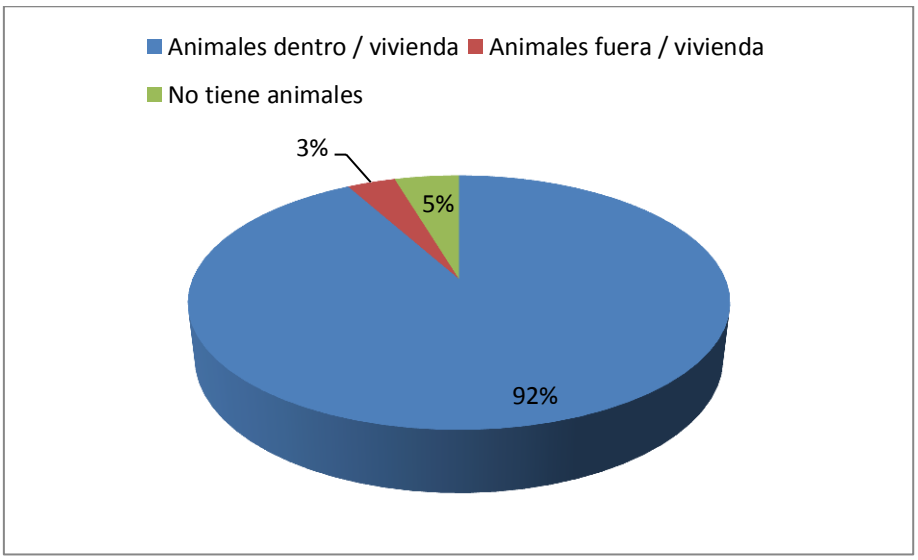


Gráfico 4 Riesgos sanitario. Presencia de animales domésticos.

4.2.3. Riesgos socio- económicos

Riesgo Socio Económico	# Personas	Porcentaje
Familias con Pobreza	82	94,25
Familias con Pobreza Extrema	5	5,75
Total	**87**	**100,00**

Fuente. Investigación de campo.

Análisis y discusion: La mayoría de las familias son de bajos recursos económicos representando el 94.2 % y el 5.7% corresponde a extrema pobreza ya que viven en precarias condiciones.

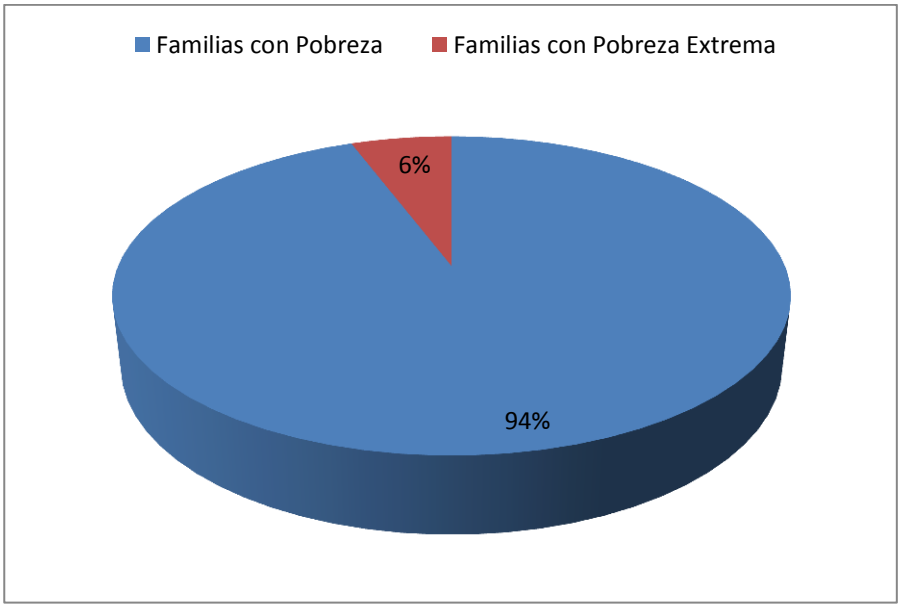


Gráfico 5. Riesgos socio económicos. Pobreza.

Riesgo Socio Económico	# Familias	Porcentaje
Empleo Formal del jefe de hogar	4	4,60
Empleo informal del jefe de hogar	67	77,01
Desempleo	16	18,39
Total	**87**	**100**

Fuente: Investigación de campo.

Análisis y discusión: De las 87 familias el 77% tiene empleo informal el jefe de hogar ya que se dedican a la recogida de cangrejo, al reciclaje y al comercio de mariscos en casos de los hombres hay también mujeres que viven sin su pareja y son empleadas domésticas, el 18.3% no tienen empleo subsisten con el bono de desarrollo humano. Solo el 5% tiene empleo formal.

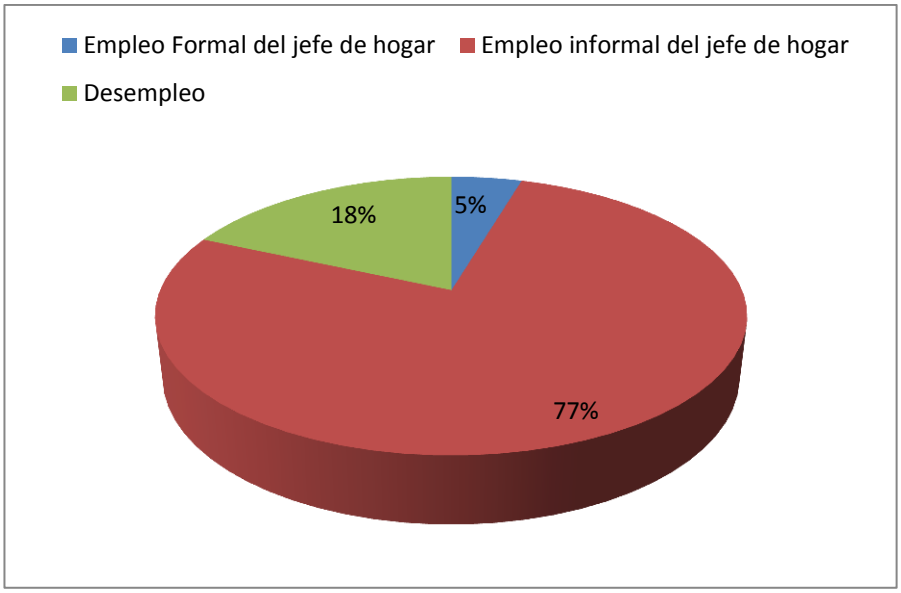


Gráfico 6 Riesgos socio económico. Empleo del jefe de hogar.

Riesgo Socio Económico Hacinamiento.	N° de Familias	Porcentaje
1 Ambiente	83	96
2 Ambientes	2	2
3 Ambientes	2	2
Total	**87**	**100**

Fuente. Investigación de campo.

Análisis y discusión: El 96% de la población vive en hacinamiento ya que la vivienda tiene un solo ambiente generalmente son de fabricación de caña o madera, comparten a veces dos o tres familias y el 2% corresponde a las familias que poseen dos o más ambientes son de fabricación de bloque y madera asentadas sobre el estero salado.

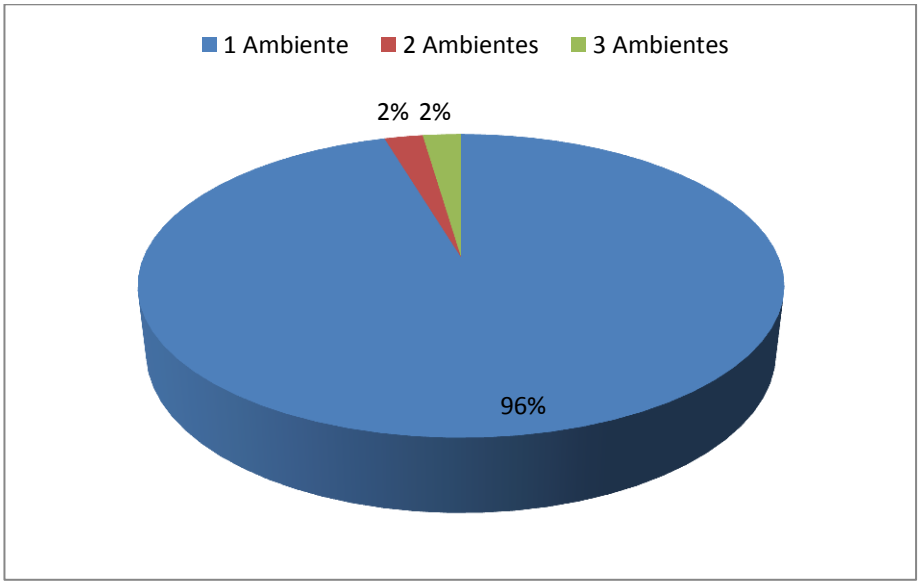


Gráfico 7 Riesgos socio económico. Hacinamiento.

Riesgo Socio económico Violencia Doméstica	N° Familia	Porcentaje
Si	36	41,38
No	51	58,62
Total	**87**	**100**

Fuente: Investigación de campo.

Análisis y Discusión: De las 87 familias el 41.3% representa que se da violencia doméstica sea psicológica o física a su pareja o maltrato infantil en relación al 58.6% que no se da en los restos de hogares.

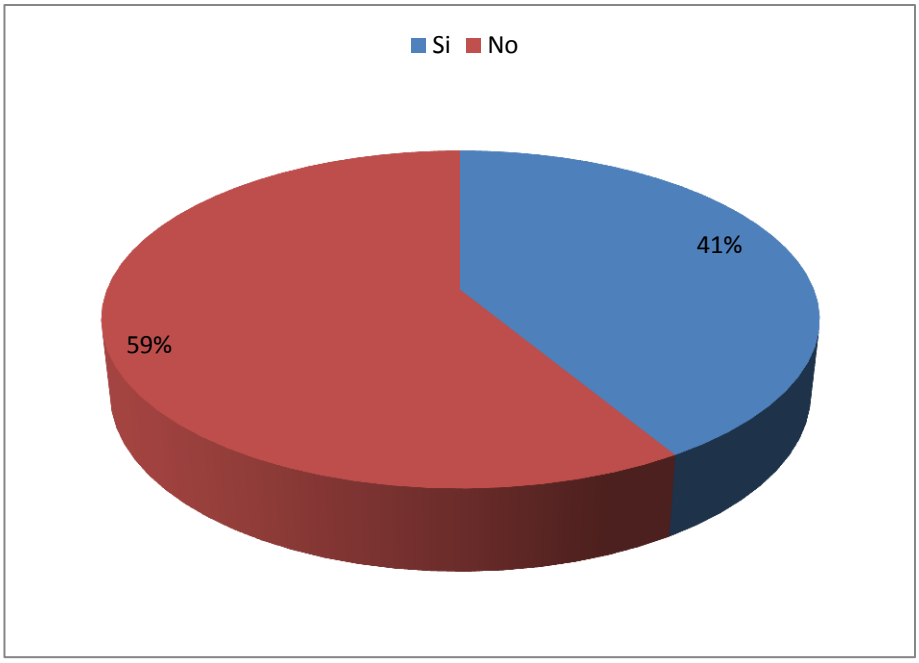


Gráfico 7 Riesgos socio económico. Violencia doméstica.

4.2.4. CALIFICACIÓN DE RIESGOS EN EL ÁREA DE INVESTIGACIÓN.

Nivel de riesgo	Familias	Porcentaje
Riesgo Alto	82	94
Riesgo Medio	5	6
Riesgo Bajo	0	0
Total	**87**	**100.00**

Fuente: Investigación de campo.

Análisis y Discusión: De las 87 familias 82 corresponden al riesgo alto ocupando el 94%, indicando que los riesgos son mayores afectando su nivel de salud, apenas el 6% corresponde al riesgo medio indicando que son pocas las familias que cumplen las normas básicas de salud. **Para realizar la calificación de riesgo** se dio una calificación a cada pregunta de 0 a 4 al finalizar se sumó el total considerando:

0 = SIN RIESGO. 1-14 = RIESGO BAJO.

15 – 34 = RIESGO MEDIO. 35 – 72 = RIESGO ALTO.

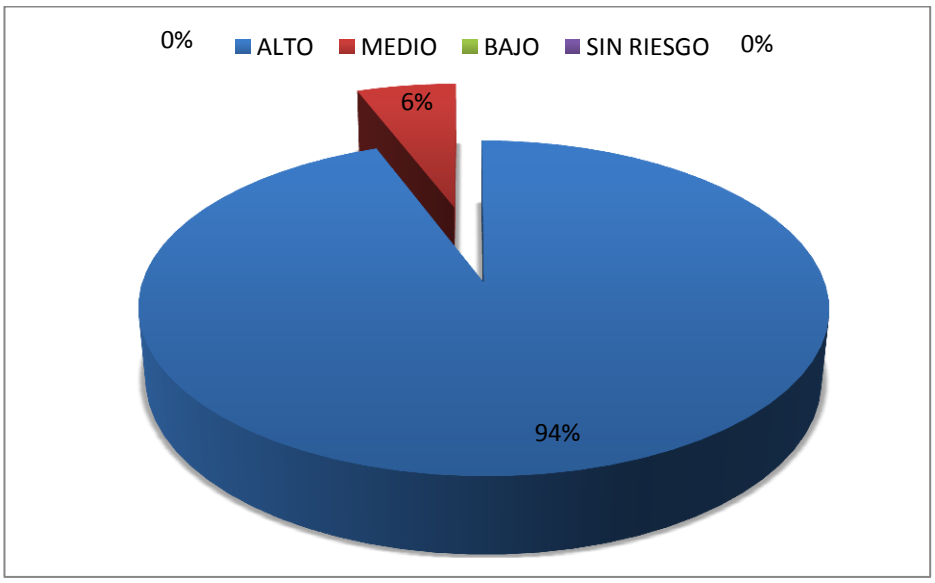


Gráfico 9. Calificación de riesgo.

4.2.6. Cinco primeras causas de morbilidad por consulta.

Causa	N° Familias	Porcentaje
Infecciones respiratorias agudas (IRA)	38	43,6
Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA)	24	27,0
Desnutrición	12	13,9
Hipertensión Arterial	7	8,04
Diabetes	6	6,90
Total	**87**	**100.00**

Fuente: Ficha familiar.

Análisis y Discusión: Las enfermedades más frecuentes son las infecciones respiratorias agudas con un 43.6%, seguida de las enfermedades diarreicas con un 27%, la desnutrición con 13.9% lo que indica que esto está ligado a las condiciones en donde y cómo se desarrollan estos habitantes sobre todo la población infantil y la hipertensión con un 11% , la diabetes con un 6%, por lo que se puede observar que las enfermedades no transmisibles generalmente están presentes en la población adulta debido a la mala alimentación y al sedentarismo.

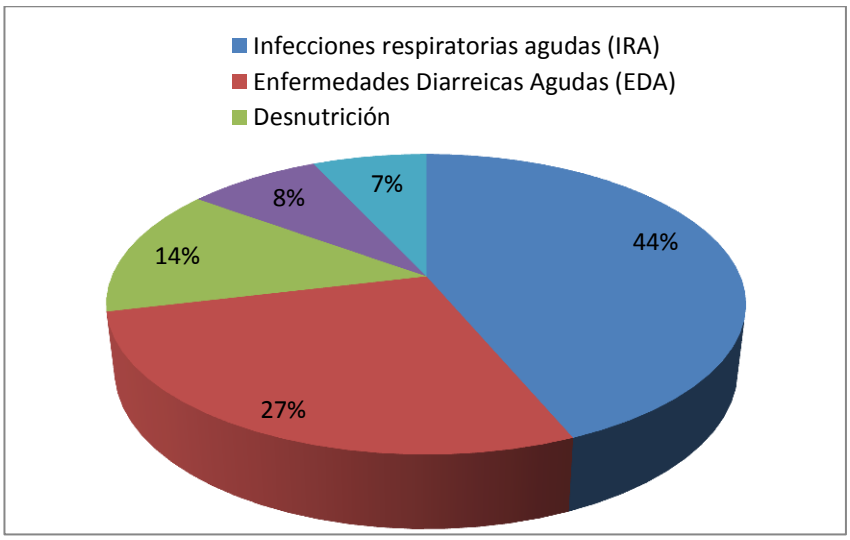


Gráfico 9 Cinco primeras causas de morbilidad

4.3 IDENTIFICACIÓN DE LAS CARÁCTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS QUE PRESENTEN MAYOR VULNERABILIDAD Y SU FILIACIÓN.

4.3.1 Grupos Etáreos

Grupo Etáreo	N° Habitantes	N° Familias	Porcentaje
Menores de 1año	23	6	6
De 1 a 4años	36	9	10
5-9 años	49	12	14
10-14 años	39	10	11
15-19 años	51	12	14
20-59 años	141	34	40
60-64 años	14	3	4
65 +	2	1	1
Total:	355	**87**	**100**

Fuente: Investigación de campo

Análisis y Discusión: El grupo etáreo que predomina es el de 20 a 59 años con el 40%, seguido de la población de 5 a 9 años y de15 a 19 años con el 14%, de 1 a 4 años con el 10%, menores de un año el 10% en relación a la población de 65 años o más con el 1% lo que indica que la expectativa de vida es de 65 años en esta población.

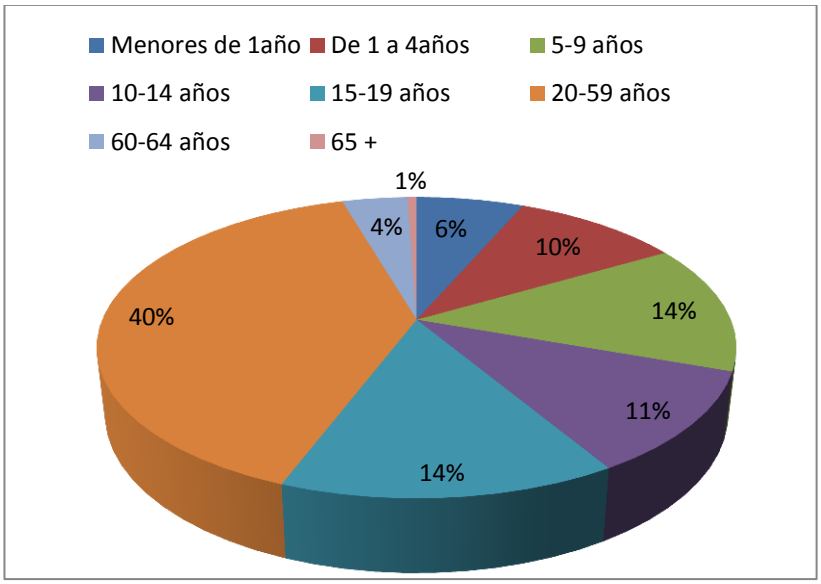


Gráfico 10 Grupos etáreos.

4.3.2. Etnia o Grupo cultural del área de investigación

Grupo Cultural	N° Familia	N° Miembros	Porcentaje
Indígena	3	15	4
Afro ecuatoriano/a	7	36	8
Mestizo/a	68	272	78
Negro/a	3	12	3
Mulato/a	0	0	0
Montubio/a	5	18	6
Blanco/a	1	2	1
Total	**87**	355	**100**

Fuente: Investigación de Campo.

Análisis y Discusión: El área de investigación estuvo conformada por 68 familias de raza mestiza representando 78%, seguida de 7 familias afro-ecuatorianos representando el 8%, 5 familias montubias representando el 6%, 3 familias indígenas representando el 4% y de raza negra 3 familias representando 3%, lo que indica que en esta zona encontramos algunas de las etnias del Ecuador, la familia de raza blanca pertenece a la familia de Colombia.

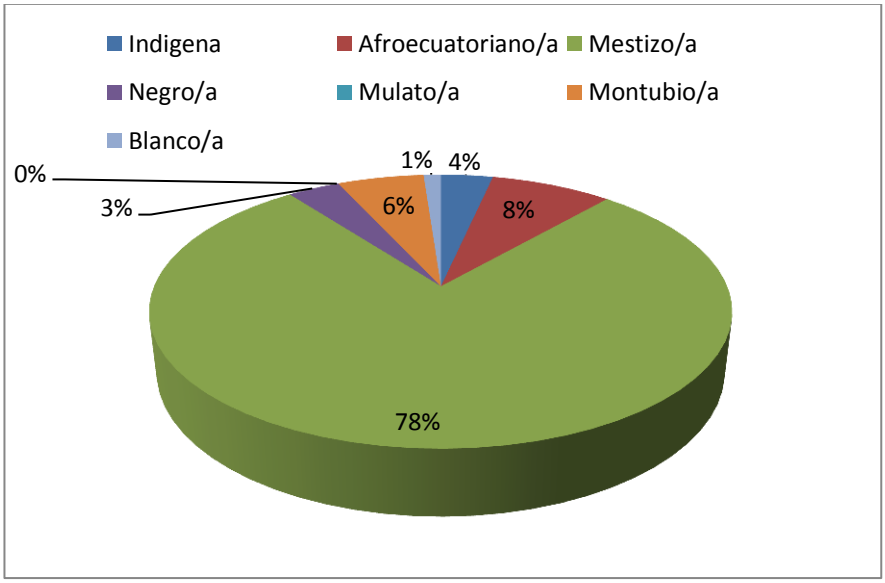


Gráfico 11 Grupos étnicos.

4.3.3. Procedencia

Procedencia	N° Familia	Porcentaje
Chimborazo	3	3,45
Esmeraldas	10	11,49
Guayas- Puna	38	43,68
Guayas- otros cantones	34	39,08
Perú	1	1,15
Colombia-Manizales	1	1,15
Total	**87**	**100**

Fuente: Investigación de Campo.

Análisis y Discusión: La mayoría de familias son migrantes de la isla Puna con un número de 38 familias que representa el 43.6%, seguida de otros cantones de la Provincia del Guayas con 34 familias que representa el 39%, luego Esmeraldas con un 11.4% y Chimborazo con el 3.4%, lo que indica que esta zona está poblada de personas migrantes de nuestro país y también de otros países como Colombia y Perú con una familia representando el 1%.

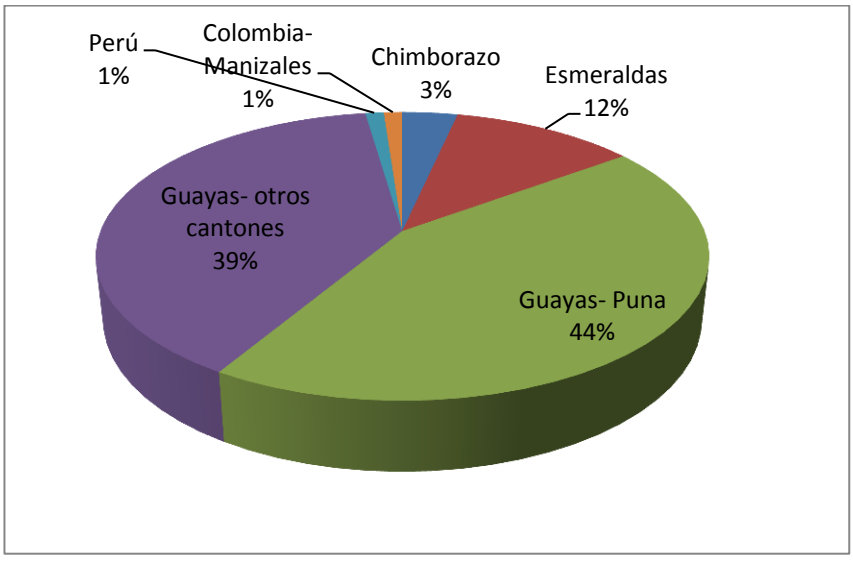


Gráfico 12. Procedencia.

4.3.4. Sexo de pacientes

Sexo	N° Habitantes	N° Familias	Porcentaje
Hombres	160	39,22	45,08
Mujeres	195	47,78	54,92
Total	355	**87**	**100**

Fuente: Investigación de Campo.

Análisis y Discusión: En esta comunidad existen más mujeres representando el 55% y los hombres en menor cantidad con el 45%.de la población. El grupo de los transgénero no existe en el sector.

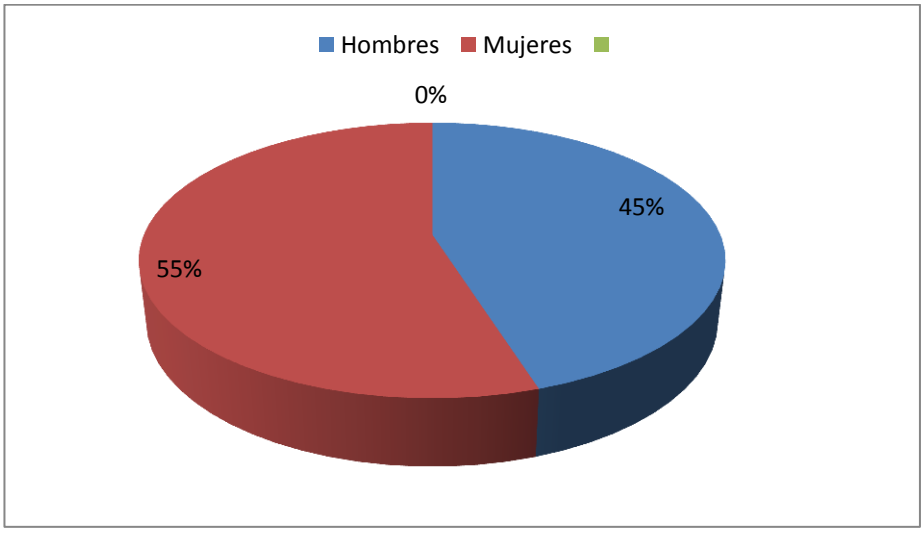


Gráfico 13. Sexo de pacientes.

4.3.3 Escolaridad

Escolaridad	N° Habitantes	N° Familias	Porcentaje
No dato	78	19,11	21,95
Sin Estudio (adultos)	20	4,9	5,63
Básica completo	89	21,82	25,08
Básica Incompleta	144	35,27	40,58
Bachiller completo	8	1,98	2,26
Bachiller incompleto	16	3,92	4,5
Superior	0	0	0
Total	355	**87**	**100**

Fuente: Investigación de campo.

Análisis y Discusión: La mayoría de la población tiene la educación básica incompleta lo que indica la falta de conocimientos sobre salud, representando el 40.5 %, el 25% representa la básica completa, y apenas el 2% ha terminado el bachillerato, el no dato corresponde a menores de cuatro años.

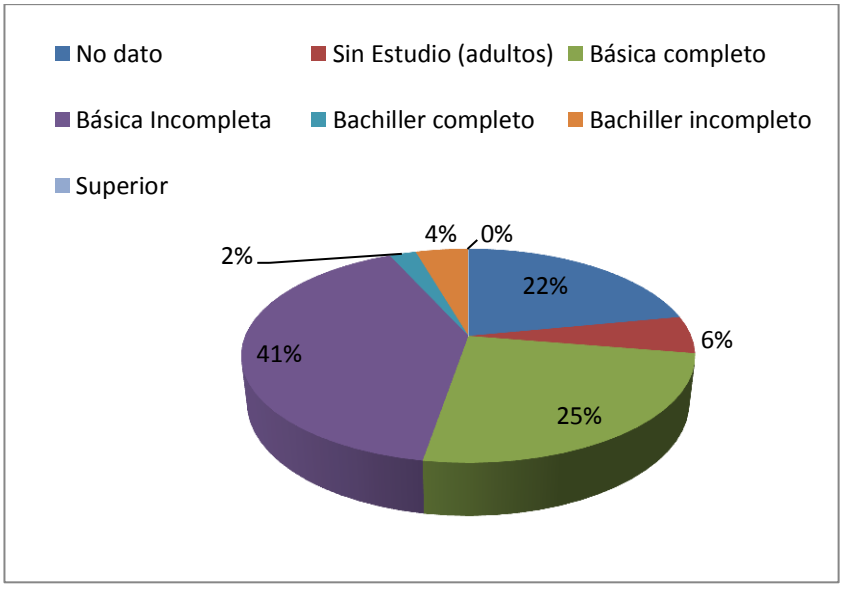


Gráfico 14 Escolaridad.

4.4. ESTUDIO DE LAS CONDUCTAS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS FAMILIAS FRENTE A LAS PROBLEMÁTICAS DE SALUD DETECTADAS.

4.4.1 Vacunación en niños menores de cinco años según grupo cultural.

Alternativa	Indígena	Afro-ecuatoriano	Negro	Montubio	Mestizo	Blanco	# Familias	Porcentaje
No Dato	0	2	0	1	12	0	15	20,69
Si	3	4	1	3	37	1	48	47,13
No	1	1	2	1	19	0	24	32,18
Total	4	**7**	**3**	**5**	**68**	**1**	**87**	**100**

Fuente: Investigación de campo

Análisis y Discusión: El 47% de la población mestiza de menores de 5 años tienen esquema completo de vacunación, el 32% corresponde a niños menores de 5 años que no cumplen el esquema completo de vacunación por edad.

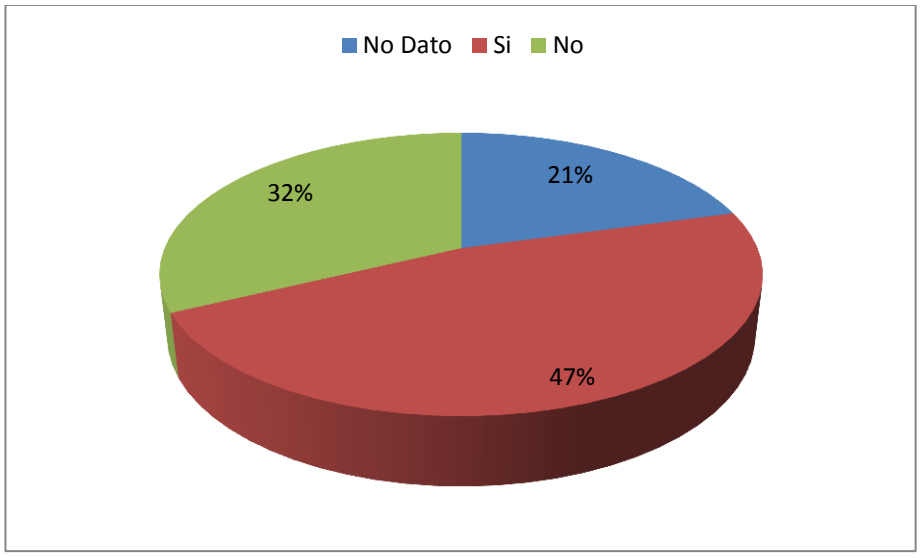


Gráfico 15 Vacunación en menores de cinco años.

4.4.2. Salud bucal de pacientes según grupo cultural.

Alternativa	# Habitantes	Indígena	Afro-ecuatoriano	Negro	Montubio	Mestiza	Blanco	# Familias	porcentaje
No Dato	78	0	2	0	1	15	0	18	20,69
Si	109	2	4	1	3	30	1	41	47,13
No	168	1	1	2	1	23	0	28	32,18
Total	355	3	7	3	5	68	1	**87**	**100**

Fuente: Investigación de campo.

Análisis y Discusión: El 47% de la población presenta problemas bucales que por la falta de interés o por que los tratamientos no están a su alcance económico presentan caries dentales, enfermedades de las encías o mala ubicación de los dientes predomina la raza mestiza, en relación al 32% que si visita al Odontólogo y tiene buena salud oral, el no dato del 21% corresponde a menores de cuatro años

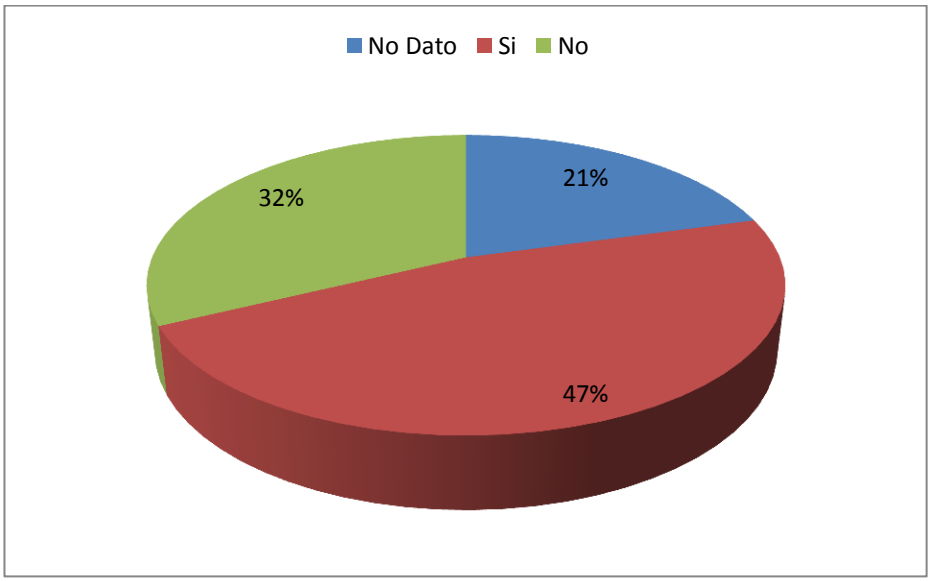


Gráfico 16 Salud bucal.

4.4.3. Embarazadas del sector en estudio

Edad	#Mujeres	N° Embarazadas	N° Familias	Porcentaje
15 -19 años	26	4		2
20 - 49 años	87	7		4
No dato	82	0	82	94
Total	195	11	**87**	**100**

Fuente: Investigación de Campo

Análisis y Discusión: Se puede observar que del total de las 87 familias en 5 familias encontramos 11 embarazadas correspondiendo 7 mujeres en la edad de 20 a 49 años representando el 4% y 4 corresponden a la edad de 14 a 19 años representando el 2% esto indica que están influyendo la educación sexual que se está impartiendo en la comunidad y el sub centro de salud sobre planificación familiar, el no dato corresponde al resto de mujeres que comprende la población femenina.

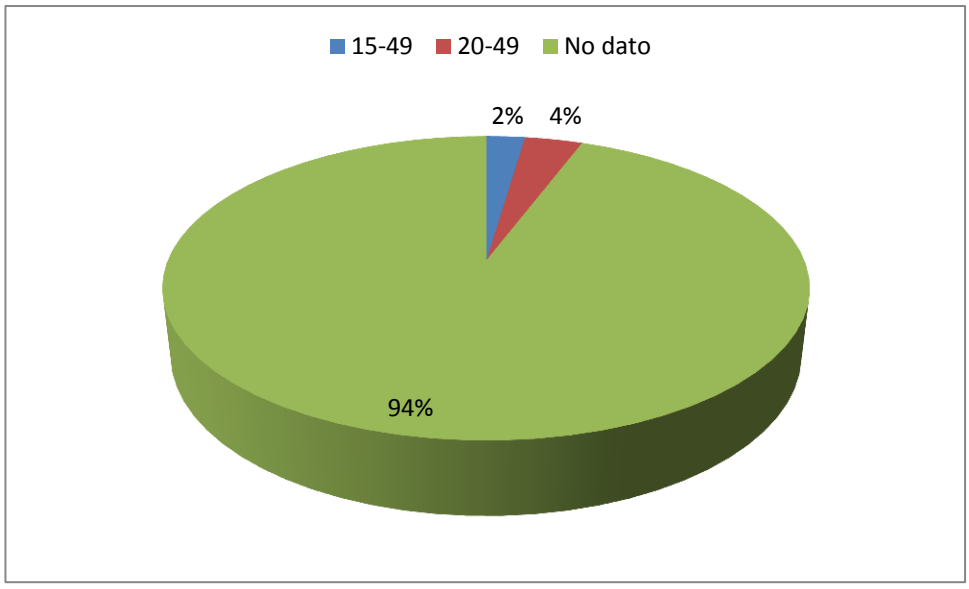


Gráfico 17 Embarazadas del sector de estudio.

4.4.4. P.A.P (PAPANICOLAOU EN EDAD FÉRTIL)

PAP. SEGUN ETNIA O GRUPO CULTURAL.

Alternativa	N° Mujeres	Indígena	Afro-ecuatoriano	Montubio	Negra	Mestiza	Blanca	N° Familia	Porcentaje
Si	27	0	0	0	1	25	1	12,05	13,85
No	42	2	7	9	0	24	0	18,74	21,54
Nunca	7	3	1	1	2	0	0	3,12	3,59
No dato	119	3	4	9	2	101	0	53,09	61,03
Total	195	8	12	19	5	150	1	**87**	**100**

Fuente: Investigación de Campo.

Análisis y Discusión: De las 87 familias 27 mujeres en edad fértil comprendida entre las edades de 15 a 49 años que conforman 12 familias si se han realizado en el último año el examen de Papanicolaou correspondiendo el 14% , mientras que 42 mujeres que representa a 19 familias no se han realizado el Papanicolaou durante el último año que corresponde al 21% y 7 mujeres no se han realizado nunca representando el 4% ya sea por descuido o falta de conocimiento de la importancia de este examen para prevenir el cáncer cérvico uterino. El no dato corresponde al resto de la población femenina Predominando la raza mestiza.

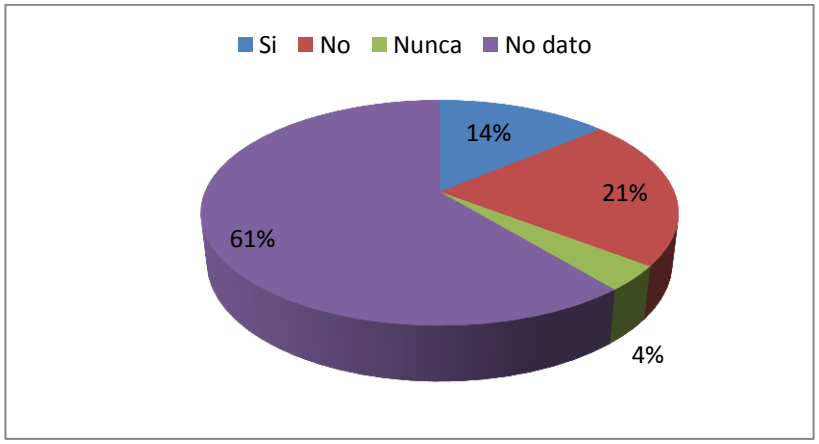


Gráfico 18 P.A.P (papanicolaou)

4.4.5. Planificación familiar según Grupo Cultural

Alternativa	N° Mujeres	Indígena	Afro ecuatoriano	Montubio	Negra	Mestiza	Blanca	N° Familia	Porcentaje
Si	47	0	2	6	1	37	1	20,97	24,10
No	29	5	6	4	2	12	0	12,94	14,87
No dato	119	3	4	9	2	101	0	53,09	61,03
Total	195	8	12	19	5	150	1	**87**	**100**

Fuente. Investigación de campo.

Análisis y Discusión: De las 87 familias 195 mujeres corresponden a la población femenina, 76 mujeres en edad fértil de las cuales 47 planifican, y el más usado es la ligadura, predomina la raza mestiza, 29 mujeres no planifican representado por el 15%, el no dato corresponde al resto de mujeres de la población femenina menores de 15 años.

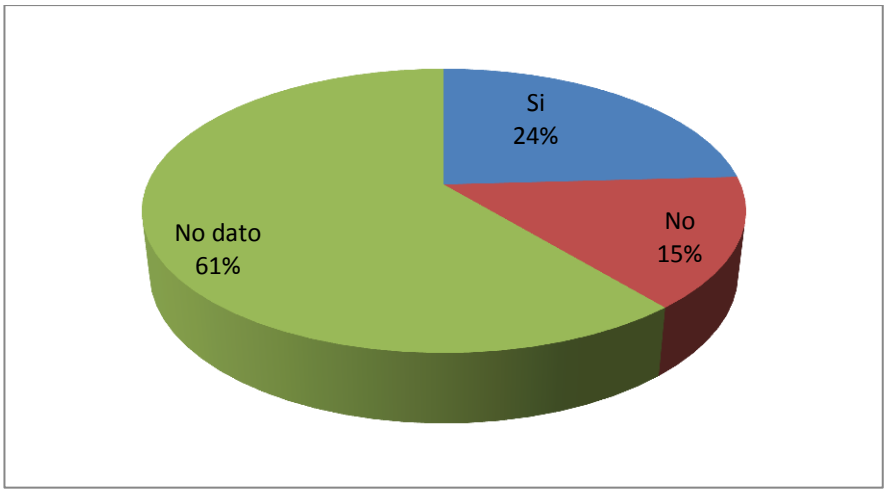


Gráfico. 19 Planificación familiar.

4.4.6. Planificación familiar según Procedencia

Alternativa	N° Mujeres	Chimborazo	Esmeraldas	Guayas/Puna	Guayas/otros cantones	Perú	Colombia	N° Familia	Porcentaje
Si	47	0	2	37	6	1	1	20,97	24,10
No	32	5	11	12	4	0	0	14,28	16,41
No dato	116	2	4	11	99	0	0	51,75	59,49
Total	195	7	17	60	109	1	1	**87,00**	**100**

Fuente. Investigación de campo.

Análisis y Discusión: De las 87 familias que viven en el sector 195 mujeres corresponden a la edad fértil de 15 a 49 años, de las cuales 47 mujeres llevan planificación familiar observando que el mayor número de mujeres provenían de la Isla Puná representado por el 79% seguida de otros cantones de Guayas representado por 6 mujeres con el 13%, las demás procedencias en menor número.

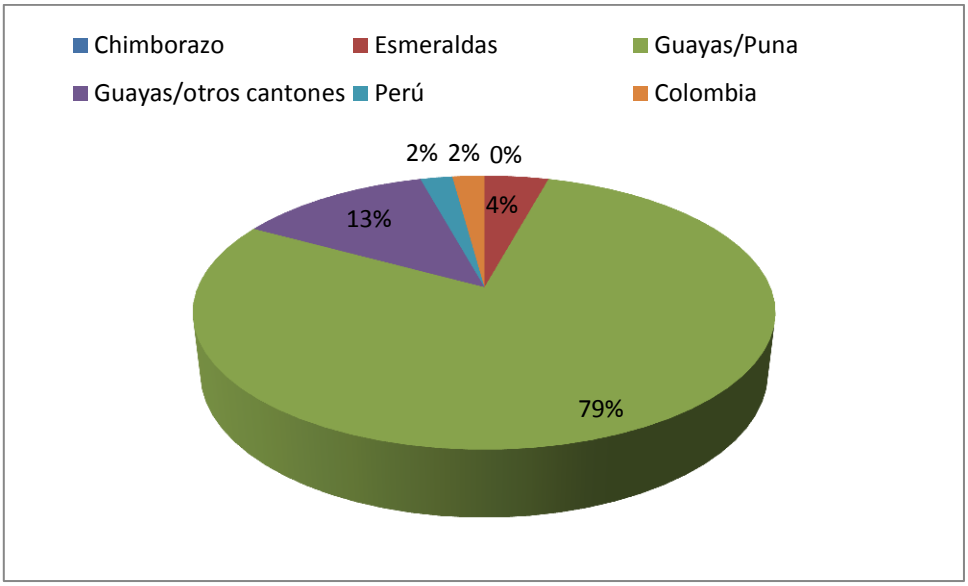


Gráfico 20. Planificación familiar por procedencia

4.4.7. Métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil.

Método anticonceptivos	N° Habitantes	N° Familia	Porcentaje
Condón	1	0,45	0,51
Ligadura	16	7,14	8,21
Inyecciones	1	0,45	0,51
Ritmo	5	2,23	2,56
Píldora oral	9	4,02	4,62
Espiral	2	0,89	1,03
T de cobre	13	5,8	6,67
No Dato	148	66,03	75,90
Total	195	**87**	**100,00**

Fuente: Investigación de Campo.

Análisis y Discusión: De las 87 familias, El Método más usado por las mujeres en edad fértil es la ligadura de trompas porque la mujer está concientizándose sobre este problema, la mayoría de las mujeres salen a trabajar y no tienen con quien dejar a sus hijos.

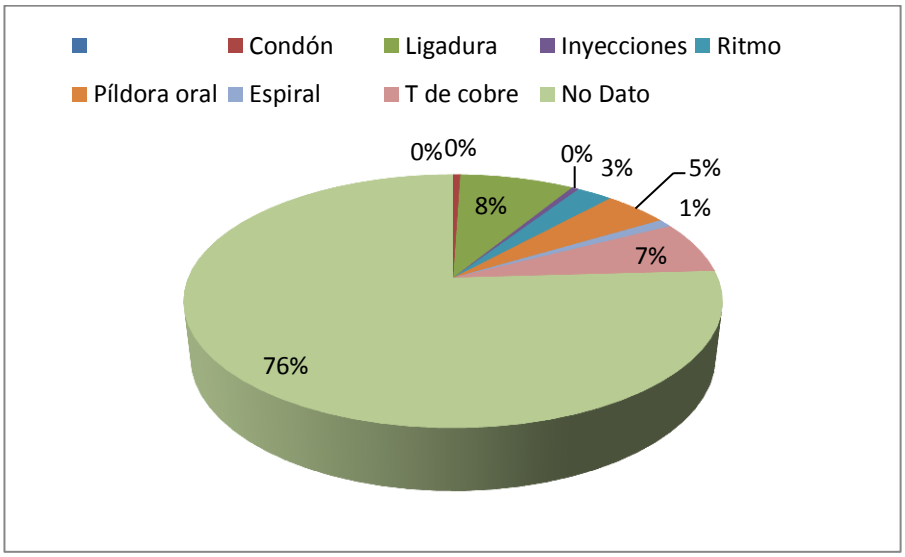


Gráfico 21 Métodos anticonceptivos

4.5 DISEÑO DE UN PLAN GERENCIAL PARA EDUCAR A LAS FAMILIAS CON MAYORES RIESGOS.

El Plan de educación elaborado, y que se muestra a continuación, presenta la siguiente estructura:

- Introducción
- Misión.
- Visión.
- Selección y organización del contenido
- Experiencias de aprendizaje
- Matriz de planificación
- Bibliografía a emplear

INTRODUCCIÓN

La autora de este trabajo de investigación conocedora de la problemática de salud de la Comunidad de Esmeraldas Chiquito, que influye en la vida cotidiana de estas familias y que sabe que la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos como al agua, a la alimentación, a la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir, y que uno de los roles del personal de Enfermería es el de educación y promoción en salud preventiva, hace que se implemente este plan gerencial que será aplicado a las familias, para en algo disminuir el riesgo de enfermarse, mediante medidas de higiene que las puedan mejorar poniéndolas en práctica, ya que es mejor prevenir que curar.

La tarea de educar no es sólo de trasmitir conocimientos, ideas, experiencias sino que debe ser capaz de comunicar un espíritu de servicio y auténtica vocación que permita ser competentes y estar comprometidos con una buena atención de salud. De ahí que la destrezas y los valores medulares que forman a los buenos profesionales deben ser coherentes con la misión de cubrir las necesidades de atención de salud de los pacientes, familia y comunidad mediante la provisión de servicios médicos oportunos y de óptima calidad.

MISIÓN

Educar al individuo, familia y comunidad aplicando el conocimiento científico para concientizar la importancia de la educación sanitaria para mantener su salud y prevenir enfermedades que se puede evitar.

VISIÓN

Mejoramiento de las conductas, prácticas y actitudes después de la aplicación del plan educativo para mejorar su estilo de vida.

SELECCIÓN Y ORGANIZACIÓN DE CONTENIDOS.

Capítulo 1	Salud Enfermedad conceptos. Higiene Personal.
Capítulo 2	Importancia de la vacunación.
Capítulo 3	Lactancia Materna.
Capítulo 4	Nutrición Escolar
Capítulo 5	El agua. Tratamiento.
Capítulo 6	Recolección y eliminación de basura
Capítulo 7	Eliminación de excretas.
Capítulo 8	Maltrato Infantil.
Capítulo 9	Prevención de desastres: Inundaciones, Incendios.
Capítulo 10	Vivienda saludable.

EXPERIENCIAS DE APRENDIZAJE.

- Familias de Esmeraldas Chiquito motivadas a participar de las charlas educativas.
- Familias que desconocen la importancia de prevenir las enfermedades mediante prácticas sencillas de aplicar en sus hogares.
- Familias que asisten a los talleres para prepararse sobre cepillado correcto de los dientes, y frente a desastres como inundaciones, incendios...

Plan de Educación sobre Salud Sanitaria para mejoramiento de vida en las familias de Esmeraldas Chiquita. Guayaquil 2011.

Fecha	Hora	Contenido	Metodología	Responsable.
22- 09-11	15h00	Salud enfermedad Higiene personal	Charla expositiva Y taller.	Lcda. Ligia Villa Sánchez.
29-09-11	15h00	Importancia de la Vacunación.	Charla expositiva.	Lcda. Ligia Villa Sánchez.
5-10-11	15h00	Lactancia Materna.	Charla expositiva Y taller.	Lcda. Ligia Villa Sánchez.
11-10-11	15h00	Nutrición Escolar.	Charla expositiva	Lcda. Ligia Villa Sánchez.
19-10-11	15h00	Vivienda Saludable.	Charla expositiva	Lcda. Ligia Villa Sánchez.
26-10-11	15h00	El agua. Tratamiento	Charla expositiva Y demostrativa.	Lcda. Ligia Villa Sánchez.
1-11-11	15h00	Recolección y Eliminación de basura.	Charla expositiva Y demostrativa.	Lcda. Ligia Villa Sánchez.
9-11-11	15h00	Eliminación de excretas.	Charla expositiva.	Lcda. Ligia Villa Sánchez.
16-11-11	15h00	Maltrato Infantil.	Charla expositiva.	Lcda. Ligia Villa Sánchez.
23-11-11	15h00	Prevención de desastres	Charla expositiva	Lcda. Ligia Villa Sánchez.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- El rol gerencial de la enfermera en el Programa Modelo de Atención Integral e Intercultural y Comunitario en la Cooperativa Esmeraldas Chiquito depende de la capacidad de cada enfermera para identificar, efectuar, gerenciar no sólo para satisfacer las necesidades del cliente en lo individual, sino para alcanzar su meta de logar la promoción de salud y el bienestar óptimo de la sociedad. El personal de enfermería es el nexo de la Comunidad con el Centro de Salud y las demás Instituciones.

- La atención integral se desarrolla a partir de los análisis de situación de salud de las personas, familia, comunidad y ambiente a través de acciones de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento oportunos y rehabilitación para mejorar el estado de Salud de la población.

- Las problemáticas de salud más frecuentes y comunes que se encontraron en Esmeraldas Chiquito fueron la falta de servicios básicos, el medio donde se desenvolvían y la falta de medidas de higiene por desconocimiento hacía que la población se enfermará más frecuentemente, que junto con personas con vacunación incompleta, malnutrición, enfermedades de impacto, embarazadas con problemas, discapacitados físicos y mentales, completan un cuadro no saludable.

- Las características más destacadas de las familias que presenten mayor vulnerabilidad tienen una edad entre 20 – 59 años y de 1 a 4 años, predomina el sexo femenino. La escolaridad mayoritaria es de educación básica incompleta.

- Las conductas, actitudes y prácticas de las familias frente a las principales problemáticas de salud detectadas se manifiestan incrementando el ciclo

completo de vacunación en menores de 5 años, el 47% visita el odontólogo manteniendo su salud bucal aceptable, predomina el embarazo entre los 20-49 años, solo el 4% de las mujeres en edad fértil se hace el Papanicolaou, el 62% de las mujeres aplica la planificación familiar, empleando la ligadura de trompas de forma mayoritaria predominando la raza mestiza, seguida de la raza afro-ecuatoriana.

5.2 RECOMENDACIONES:

- Mejorar la coordinación con las diferentes autoridades gubernamentales y municipales para trabajar en bien de la Comunidad.
- Continuar con el seguimiento de las familias para que no vuelvan a recaer en sus antiguas actitudes y prácticas que quebranten su salud.
- Implementar nuevos planes educativos en otras comunidades del área de influencia previos a un diagnóstico de situación de salud.
- Continuar realizando mingas y brigadas de salud en la comunidad.
- Continuar coordinando con las autoridades educativas para seguir educando a los niños ya que son los primeros portavoces de educación en salud.

6. BIBLIOGRAFIA

1. Arroyo, H. (2005). Health promotion in Latin America. En A. SCRIVEN, S. Arman (Eds.)
2. Asamblea Constituyente 2008.Constitución de la República del Ecuador. Ciudad Alfaro 2008.
3. Carpenito LJ. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA. 9 ed. España : Edición Interamericana 2000
4. Duarte, G Izquierdo, MD Reyes, JM Análisis de la situación y líneas de desarrollo de la enfermería de Atención Primaria en Canarias. Servicio Canario de la Salud, 2000.
5. ENFERMERIA COMUNITARIA I, II y III. Varios autores. Serie Manuales de Enfermería. Masson. Barcelona. 2002.
6. Francisco C, y Mazarrasa L. La familia y la clase social. En: Sánchez A (Dir.) Enfermería Comunitaria, 1 concepto de salud y factores que la condicionan. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2000: 303-317
7. Federación del Colegio de Enfermeras /os de Venezuela. Revista Salud al día. Comunicación para la salud # 12. Año 2008.
8. Huber Diana. Liderazgo y Administración en Enfermería. Editorial Interamericana MC Graw Hill. Tercera Edición 2.005.
9. Huchabay Loucine y Arntd Clara. Administración de Enfermería, teoría para la práctica con un enfoque de sistemas, segunda edición en español. 2.006.
10. Ley Orgánica de Salud. Registro Oficial Nº 423, viernes 22 de diciembre del 2006.
11. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Ley Nº 80, RO Nº 670, Septiembre del 2002.Reglamento: Decreto Ejecutivo Nº 3611, 09 del 28 de enero del 2003.
12. Ministerio de Salud Pública. Transformación Régimen de compensación de prestaciones del sistema nacional de salud. Enero 2010
13. Ministerio de Salud Pública. Transformación Sectorial Régimen de Derecho a la Salud de prestaciones garantizadas 2009
14. Ministerio de Salud Pública – PASSE, Construyamos el Hábitat Familiar Saludable:

Guía de implementación de Tecnologías Apropiadas, Ecuador, Septiembre de 2008.

15. Ministerio de Salud Pública, Transformación Sectorial de Salud en el Ecuador. Documento original. Agosto 2009.

16. Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría de Extensión de la Protección Social en Salud. Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural. Documento original. 2008.

17. Ministerio de Salud Pública. Boletín Epidemiológico Vol. 6 N53 2009. Adaptación de la tabla 9 Metas de los Objetivos del Milenio y enfermedades priorizadas

18. Ministerio de Salud Pública. Consejo Nacional de Salud. Subcomisión de Prestaciones. Conjunto de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, Aprobado mediante resolución del Directorio del CNS, 2006.

19. Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría de Extensión de la Protección Social en Salud. Modelo de Atención Integral en salud Familiar, Comunitario e Intercultural. 2008.

20. Ministerio de Salud Pública, Curso de Epidemiologia en Acción. Módulo 3, Diseño de Programas de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades, Quito 1999.

21. Ministerio de Salud Pública, Manual de programación local de Unidades Operativas del Área de Salud. Serie Desarrollo y Fortalecimiento de los Servicios Locales de Salud N1 y 2 1995.

22. Ministerio de Salud de Chile, Género, equidad y reforma de la salud en Chile; Parte IV. Modelo de atención y género: Las condiciones socioculturales de la reforma de la salud en Chile

23. Ministerio de Salud de Nicaragua, Modelo de Atención Integral en Salud Managua 2.004.

24. Ministerio de Salud del Perú, del Modelo de Atención Integral de Salud Lima 2.004

25. Ministerio de Salud del Perú, Guía Nacional de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud, Lima 2004.

26. Medina Saltos. 2008. Salud Familiar Comunitaria e Intercultural. Documento Técnico.

27. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud

basadas en la atención primaria de salud. 49 consejo directivo 61.a sesión del comité regional Washington DC: 2009.

28. Organización Panamericana de la Salud. Curso de Atención

29. Primaria en salud. Washington DC: 2008.

30. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Renovación de la Atención primaria de salud. OPM/OMS/ Washington D: C: 2007

31. Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en las Américas. Indicadores básicos 2001.Washington, DC: OPS; 2001

32. Organización Panamericana de la Salud. Relatoría del Encuentro sobre Gestión de Calidad, publicada en la serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud N° 10, OPS-OMS, octubre 1998, p46

33. PHD. Ares MuzIio Patricia. Psicología de la Familia.Año 2.009.

34. SEMPLADES. Manual para la Formulación de Políticas Públicas Sectoriales. Quito 2010.

35. SEMPLADES. Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013.Quito 2009

36. SEMPLADES, Esquema metodológico para la Revisión de matriz de Competencias y modelos de Gestión, Subsecretaría de reforma Democrática del estado e Innovación de la gestión Pública, 2009.

1. ANEXOS

ANEXO 1. IMÁGENES DEL AREA DE COMUNIDAD ESMERALDA CHIQUITA

Jorge Aníbal Villón

ANEXO 2. IMÁGENES ROL DE LA ENFERMERA COMUNITARIA.

CREMA
DE PEINAR

Health o meter
ENER
movistar

ANEXO 3. IMÁGENES ESMERALDAS CHIQUITO ACTUAL.

ANEXO 4. FICHA FAMILIAR

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	CODIGO UO	AREA N°	CODIGO LOCALIZACIÓN			NUMERO DE FICHA FAMILIAR
				PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	
M.S.P	S.C.S. GUANGALA	5	3			9	01.01.68.

PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	SECTOR	MANZANA	# DE FAMILIA	DIRECCIÓN HABITUAL DE LA FAMILIA (CALLES O REFERENCIA)
GUAYAS	GUAYAQUIL	XIMENA	1	1	68	Ribera del Estero salado calle SN y 2ª Callejón 45 B

BARRIO	NUMERO DE CASA	COMUNIDAD	GRUPO CULTURAL	NOMBRE Y APELLIDO DEL JEFE DE FAMILIA	NUMERO DE TELÉFONO	FECHA DE LLENADO	NUMERO DE CARPETA
Esmeraldas Chiquita	68	Malvinas	Mestiza	Medina Herrera Jacinto Franklin	(8) 687-3445	4-0266	

NUMERAR CADA AÑO, AL REALIZAR LA ACTUALIZACION

1 INFORMACIÓN GEO REFERENCIADA

LATITUD	LONGITUD	ALTITUD

2 MIEMBROS DE LA FAMILIA POR GRUPOS DE EDAD

ACTUALIZAR LOS DATOS CADA 12 MESES EN UNA NUEVA CARPETA

GRUPO	APELLIDOS Y NOMBRES	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	OCUPACIÓN	SEXO		ESCOLARIDAD					ESQUEMA COMPLETO DE VACUNAS		SALUD BUCAL		RIESGO, ENFERMEDAD O DISCAPACIDAD	NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA	NUMERO DE CEDULA DE CIUDADANIA
					H	M	SIN	BAS	BACH	SUP	ESP	SI	NO	SI	NO			
MENOR 1 AÑO																		
1 - 4 AÑOS																		
5 - 9 AÑOS	MEDINA LADINES EDWIN JACINTO	HIJO	03/11/2006	ESTUDIANTE	8			4				X			X	SINDROME GRIPAL	8629	
10 - 19 AÑOS	MEDINA LADINES STEFANY BRIGGITH	HIJA	18/07/1999	ESTUDIANTE		10		6				X		X		FARINGITIS	12742	
20 - 64 AÑOS	MEDINA HERRERA JACINTO FRANKLIN	JEFE	08/07/1981	ESTIBADOR	28				3					X		LUMBAGO	12743	918213638
	LADINES SÁNCHEZ ROSAURA MARIELA	ESPOSA	07/12/1976	QUEHAC.DOMESTIC		33		7							X	IVU	8630	922190228
65 AÑOS Y MAS																		
				TOTALES	2	2		3	1			2		2	2			

GRUPO	APELLIDOS Y NOMBRES	FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION	FECHA PROBABLE DEL PARTO	SEMANAS DE GESTACIÓN	DOSIS DE VACUNACIÓN dT			ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS				ANTECEDENTES PATOLÓGICOS OBSTÉTRICOS
					PRIMERA	SEGUNDA	REFUERZO	GESTAS	PARTOS	ABORTOS	CESÁREAS	
EMBARAZADAS								2	2			

3 MORTALIDAD FAMILIAR

REGISTRAR SOLO LOS FALLECIDOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD AL FALLECER	CAUSA

4 RESPONSABLE DEL LLENADO

NOMBRE Y APELLIDO	CÓDIGO	FIRMA
LIC LIGIA VILLA		LIC L.VILLA

5 CALIFICACION DEL RIESGO FAMILIAR

GRUPOS DE RIESGO Y COMPONENTES			FECHAS DE CALIFICACION							
			27/12/2007		19/03/2008		13/08/2009		29 03 2010	
CALIFICACION DEL RIESGO - RANGO POR COMPONENTE: 0=SIN RIESGO 1= RIESGO MUY BAJO 2= RIESGO BAJO 3= RIESGO MODERADO 4= RIESGO ALTO										
A RIESGOS BIOLÓGICOS	1	PERSONAS CON VACUNACION INCOMPLETA	NIÑOS CON ESQUEMA COMPLETO		NIÑOS CON ESQUEMA COMPLETO		NIÑOS CON ESQUEMA COMPLETO		NIÑOS CON ESQUEMA COMPLETO	
	2	PERSONAS CON MALNUTRICIÒN (SOBREPESO O DESNUTRICIÓN)	NIÑOS EDWIN Y STEFANY CON SOBREPESO	4	NIÑO EDWIN CON SOBREPESO	3	NO HAY		FRANKLIN Y ROSAURA CON SOBREPESO	4
	3	PERSONAS CON ENFERMEDAD DE IMPACTO	NO HAY		NO HAY		NO HAY		NO HAY	
	4	EMBARAZADAS CON PROBLEMAS	NO HAY		NO HAY		NO HAY		NO HAY	
	5	PERSONAS CON DISCAPACIDAD	NO HAY		NO HAY		NO HAY		NO HAY	
	6	PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES	NO HAY		NO HAY		NO HAY		NO HAY	
B RIESGOS SANITARIOS	7	CONSUMO DE AGUA INSEGURA	TOMAN DE LA LLAVE	4	COMPRA BOTELLON AVECES HIERVE	3	HERVIDA		HERVIDA	
	8	MALA ELIMINACIÓN DE BASURA Y EXCRETAS	ARROJA AL ESTERO SALADO	4	ESTERO SALADO AVECES CARRO	3	ESTERO Y CARRO RECOLECTOR	3	ESTERO Y CARRO RECOLECTOR	3
	9	MALA ELIMINACIÓN DE DESECHOS LIQUIDOS	ARROJA AL ESTERO SALADO	4	ARROJA AL ESTERO SALADO	4	ARROJA AL ESTERO	4	TIENE ALCANTARRILLADO	
	10	IMPACTO ECOLÓGICO POR INDUSTRIAS	ESTERO CONTAMINADO	4	ESTERO CONTAMINADO	4	ESTERO CONTAMINADO	4	ESTERO CONTAMINADO	4
	11	ANIMALES INTRA DOMICILIARIOS	ROEDORES, PERROS	4	ROEDORES, PERROS	4	ROEDORES	4	NO HAY	
C RIESGOS SOCIO-ECONOMICOS	12	POBREZA	CRITICA	4	CRÍTICA	4	BAJOS RECURSOS	3	BAJOS RECURSOS	3
	13	DESEMPLEO O EMPLEO INFORMAL DEL JEFE DE FAMILIA	DESEMPLEADO	4	EVENTUAL	3	FRANKLIN EVENTUAL SEGURO	2	EVENTUAL	3
	14	ANALFABETISMO DEL PADRE O LA MADRE	NO HAY		NO HAY		NO HAY		NO HAY	
	15	DESESTRUCTURACION FAMILIAR	NO HAY		NO HAY		NO HAY		NO HAY	
	16	VIOLENCIA / ALCOHOLISMO / DROGADICCION	ALCOHOLICO SOCIAL	2	NO TOMA,NO FUMA NO MALTRATO		NO TOMA NO FUMA NO MALTRATO		TOMA ALCHOHOL CADA 15 DÍAS	3
	17	MALAS CONDICIONES DE LA VIVIENDA	CASA DE CAÑA PISO DE TIERRA	4	CASA DE CAÑA PISO DE TIERRA	4	CASA DE CAÑA, PISO DE TIERRA	4	CASA DE CAÑA, PISO DE CEMENTO	3
	18	HACINAMIENTO	UN SOLO AMBIENTE	4	UN SOLO AMBIENTE	4	DOS AMBIENTES	3	DOS AMBIENTES	3
				TOTAL		TOTAL		TOTAL		TOTAL
NIVEL DE RIESGO TOTAL			SIN RIESGO / BAJO / MEDIO / ALTO		SIN RIESGO / BAJO / MEDIO / ALTO		SIN RIESGO / BAJO / MEDIO / ALTO		SIN RIESGO / BAJO / MEDIO / ALTO	
CALIFICACION (SUMAR EL VALOR DEL RIESGO DE LOS COMPONENTES EN LA CELDA DE "TOTAL" Y MARCAR "X" EN LA CELDA CORRESPONDIENTE SEGÚN EL RANGO TOTAL)			ALTO: X	42	ALTO: X	36	MEDIO: X	27	MEDIO: X	26
CALIFICACION DEL RIESGO - RANGO TOTAL: 0= SIN RIESGO 1 - 14 = RIESGO BAJO 15 - 34= RIESGO MEDIO 35 - 72= RIESGO ALTO										
RESPONSABLE DE LA CALIFICACION			LIC LIGIA VILLA		ODONT.ELIZABETH MENDOZA		DR.GABRIEL MOGROVEJO		DR.CARLOS MOSQUERA	

SNS-MSP / HCU-anexo 1 / 2008 (hoja 2)

FICHA FAMILIAR - RIESGOS

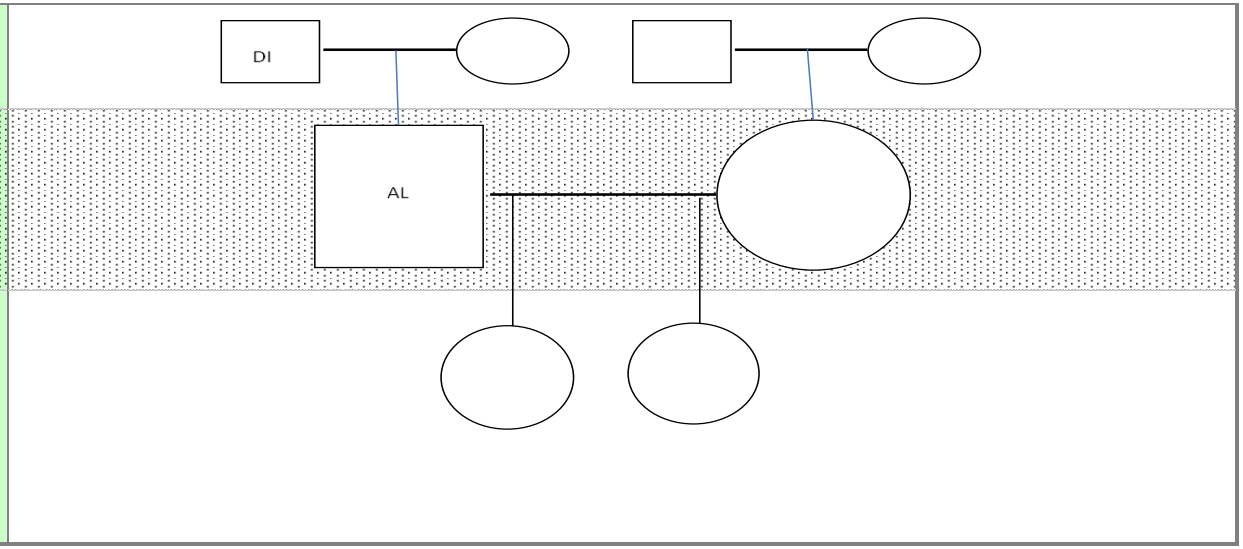
6 EVOLUCION DE LA GESTION DEL RIESGO FAMILIAR

RIESGO		ACTIVIDADES PROGRAMADAS		EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS					
FECHA DE ANALISIS	NUMERO	COMPROMISO DE LA FAMILIA	COMPROMISO DEL EQUIPO DE SALUD	FECHA DE EVALUACION	SI CUMPLE	NO CUMPLE	PARCIAL	CAUSAS DE INCLUMPLIMIENTO Y OBSERVACIONES	RESPONSABLE
27-dic-07	2	DISMINUIR ALIMENTACION DE CARBOHIDRATOS Y AUMENTAR PROTEINA SEGÚN INDICACION DEL MEDICO	CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO	19/03/2008			X	EDWIN CONTINUA INGIRIENDO COMIDA CHATARRA EN BA	ELA, LCD
	7	HERVIR EL AGUA PARA CONSUMO	EDUCACIÓN SANITARIA,CONTROL Y SUPERVISÓN	19/03/2008			X	NO SE ACOSTUMBRA A TOMAR HERVIDA EL AGUA, COM	PRM. PAZ
	8	UTILIOZAR CARRO RECOLECTOR PASRA ELIMINAR BASURA	EDUCACIÓN SANITARIA, CONTROL Y SUPERVISIÓN	19/03/2008		X		NO PASA CERCA CARRO RECOLECTOR DE BASURA	EBAS
	9	REUNIRSE EN LA COMUNIDAD PARA HACER PETICIÓN DE ALCANTARILLADO AL MUNICIPIO	COLABORAR EN PETICIÓN DE LA COMUNIDAD AL MUNICIPIO	19/03/2008		X		NO HAY CONTESTACIÓN POR PARTE MUNICIPIO, POR SER	EBAS
	11	DESRATIZAR Y ELIMINAR ANIMALES INTRADOMICILIARIOS	EDUCACIO´N SANITARIAENTREGAR RATICIDA	19/03/2008		X		SI DESRATIZA PERO SIGUE HABIENDO ROEDORES	EBAS
19-mar-08	2	DISMINUIR ALIMENTACION DE CARBOHIDRATOS Y AUMENTAR PROTEINA SEGÚN INDICACION DEL MEDICO	CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO	13/08/2009	X				
	7	HERVIR EL AGUA PARA CONSUMO	EDUCACIÓN SANITARIA,CONTROL Y SUPERVISÓN	13/08/2009	X				
	8	UTILIOZAR CARRO RECOLECTOR PASRA ELIMINAR BASURA	EDUCACIÓN SANITARIA, CONTROL Y SUPERVISIÓN	13/08/2009			X	HA VECES PASA EL CARRO RECOLECTOR DE BASURA	EBAS
	9	REUNIRSE EN LA COMUNIDAD PARA HACER PETICIÓN DE ALCANTARILLADO AL MUNICIPIO	COLABORAR EN PETICIÓN DE LA COMUNIDAD AL MUNICIPIO	13/08/2009		X		NO HAY CONTESTACIÓN POR PARTE MUNICIPIO, POR SER	EBAS
	11	DESRATIZAR Y ELIMINAR ANIMALES INTRADOMICILIARIOS	EDUCACIO´N SANITARIAENTREGAR RATICIDA	13/08/2009		X		HAY ROEDORES	EBAS
13-ago-09	8	UTILIZAR CARRO RECOLECTOR PASRA ELIMINAR BASURA	EDUCACIÓN SANITARIA, CONTROL Y SUPERVISIÓN	29/03/2010		X		NO PASA CERCA CARRO RECOLECTOR DE BASURA	EBAS
	11	DESRATIZAR Y ELIMINAR ANIMALES INTRADOMICILIARIOS	EDUCACIÓN SANITARIAENTREGAR RATICIDA	29/03/2010	X				
29-mar-10	2	DISMINUIR ALIMENTACION DE CARBOHIDRATOS Y AUMENTAR PROTEINA SEGÚN INDICACION DEL MEDICO	CONTROL DE PESO Y ALIMENTACIÓN SANA						UERA, LC
	8	UTILIZAR CARRO RECOLECTOR PASRA ELIMINAR BASURA	EDUCACIÓN SANITARIA, CONTROL Y SUPERVISIÓN						EBAS
	16	RECIBIR ATENCIÓN PSICOLOGICA EN CENTRO DE SALUD	ATENCION PSICOLOGICA						EBAS

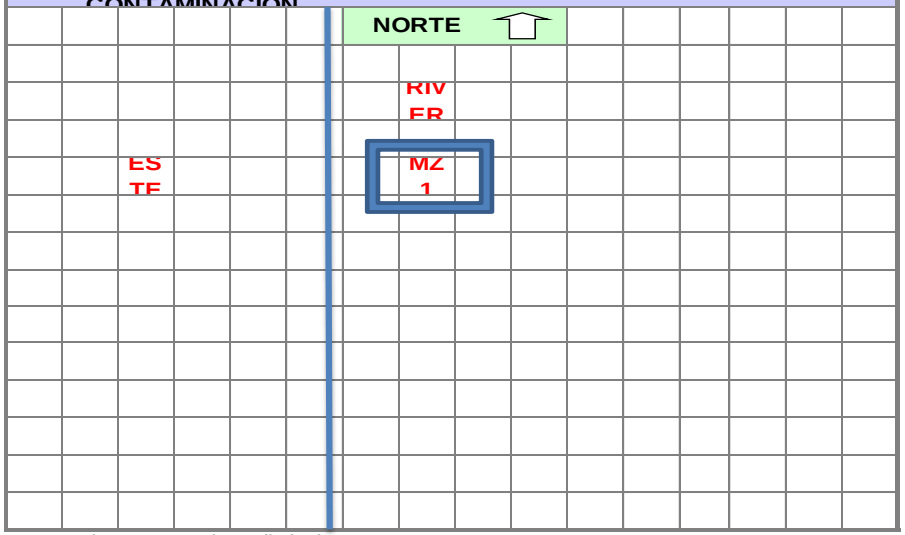
SNS-MSP / HCU-anexo 1 / 2008 (hoja 3)

FICHA FAMILIAR - EVOLUCION

SIMBOLOGIA	ABREVIATURAS		
HOMBRE, MUJER	IN	INFARTO	ABUELOS
ABORTO, MATRIMONIO O UNION LEGITIMA	HT	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	
SEPARACIÓN, UNION CONSANGUÍNEA	DI	DIABETES	
DIVORCIO, HIJOS ADOPTADOS	CA	CÁNCER	
HIJOS BIOLOGICOS, INFORMANTE	EP	EPILEPSIA	
	TB	TUBERCULOSIS	
	AS	ASMA	
	TA	TABAQUISMO	
	AL	ALCOHOLISMO	PADRES
	DD	DROGO DEPENDENCIA	
	DC	DISCAPACIDAD	
	MG	MIGRANTE	
	EM	EMBARAZO	HIJOS
	X	FALLECIDO	



8 UBICACION DE LA VIVIENDA Y DE LOS PUNTOS DE CONTAMINACIÓN



9 CONTAMINACIÓN AMBIENTAL

FECHA DE INFORME	TIPO DE CONTAMINANTE Y DESCRIPCION	CAUSANTE DE LA CONTAMINACION
#######	ESTERO CONTAMINADO DESECHOS SOLIDOS Y LIQUIDOS	INDUSTRIAS Y COMUNIDAD
#######	ESTERO CONTAMINADO DESECHOS SOLIDOS Y LIQUIDOS	INDUSTRIAS Y COMUNIDAD
#######	ESTERO CONTAMINADO DESECHOS SOLIDOS Y LIQUIDOS	INDUSTRIAS Y COMUNIDAD
#######	ESTERO CONTAMINADO DESECHOS SOLIDOS Y LIQUIDOS	INDUSTRIAS Y COMUNIDAD

10 LUGAR O PERSONA A LA QUE ACUDEN PARA TRATAMIENTO

S.C.S GUANGALA
CENTRO DE SALUD AREA 3

SNS-MSP / HCU-anexo 1 / 2008 (hoja 4)

FICHA FAMILIAR - FAMILIOGRAMA Y CONTAMINACION

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS		
TÍTULO Y SUBTÍTULO: "ROL GERENCIAL DE LA ENFERMERA EN EL PROGRAMA MODELO DE ATENCION INTEGRAL E INTERCULTURAL Y COMUNITARIO EN LA COOPERATIVA ESMERALDA CHIQUITO, GUAYAQUIL 2011"		
AUTOR/ES: Lcda. Ligia Mercedes Villa Sánchez	REVISORES: Dra. C. Margarita de Jesús Fernández Clúa (PhD)	
INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil	FACULTAD: Ciencias Médicas	
CARRERA:		
FECHA DE PUBLICACIÓN: 26.01. 2013	No. DE PÁGS: 158	
ÁREAS TEMÁTICAS: Gerencia y Administración de Salud Enfermería Comunitaria Modelo de Atención Integral en Salud.		
PALABRAS CLAVE: ENFERMERA COMUNITARIA, ROL ENFERMERA, MAIS, EDUCACION PACIENTES.		
RESUMEN: .En la comunidad de Esmeraldas Chiquito del Área Nº 3 Guayaquil perteneciente al área de influencia del S.C.S. Guangala, la población estaba sometida a riesgos que afectaban su salud y por falta de personal de enfermería con una área de Influencia de 45900 habitantes, espacio físico reducido de la Unidad Operativa, falta de material e insumos, no acudían al Sub-Centro, siendo la política de este gobierno la promoción y prevención, fue preciso determinar el rol de la enfermera comunitaria en el Modelo de Atención Integral e Intercultural y Comunitario en Salud, implementando un plan gerencial de educación a las familias de mayores riesgos. Los objetivos del trabajo de investigación fueron los siguientes: Determinar el rol gerencial de la enfermera en el Programa Modelo de Atención Integral e Intercultural y Comunitario en la Cooperativa Esmeraldas Chiquito; Realizar un diagnóstico de situación de salud de la comunidad incorporando el enfoque intercultural, integral y comunitario; determinar la existencia de las problemáticas de salud más frecuentes y comunes; identificar las características de las familias que presenten mayor vulnerabilidad y su filiación; estudiar las conductas, actitudes frente a las principales problemáticas de salud detectadas; diseñar un plan gerencial para educar a las familias con mayores riesgos. El período de la investigación fue durante el año 2011. Fue un trabajo descriptivo y no experimental, para dar cumplimiento a este trabajo de investigación se aplicó la observación directa, el análisis documental, la entrevista. Los resultados de la investigación fueron el cambio de hábitos de higiene y conocimientos de medidas de prevención frente a las problemáticas de salud más frecuentes como: el consumo de agua segura, la buena eliminación de desechos sólidos y líquidos, la no presencia de animales dentro de la vivienda, el mejoramiento de la vivienda, se ha incrementado la vacunación, la planificación familiar, el Papanicolaou. Se concluyó que el rol gerencial de la enfermera depende de su capacidad para identificar, efectuar, gerencial y satisfacer las necesidades individuales del cliente, familia y comunidad mediante la prevención y la promoción de salud respetando sus valores, creencias y raza		
No. DE REGISTRO (en base de datos)	No. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	X SI	NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0995299032	E-mail:mercy08@hotmail.es
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Secretaria de la Escuela de Graduados	
	Teléfono: 2288086	E-mail: egraduadosug@hotmail.com