



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**TESINA DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**TÍTULO DE TESINA:  
“ROL DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE  
SALUD Y SU RELACIÓN CON LA APLICACIÓN DEL  
MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD EN EL  
ÁREA Nº 6 GUANO – PENIPE PERÍODO JUNIO  
NOVIEMBRE 2013”**

**AUTORAS:**

**ANDREA RAQUEL JIMÉNEZ NUÑEZ  
GABRIELA CECILIA TORO LEMA**

**TUTORA:  
LIC.CAROLA LEÓN MSc.**

**RIOBAMBA – ECUADOR  
2013**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE ENFERMERIA**

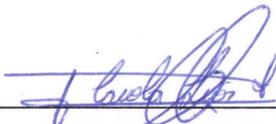
**ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL:**

El tribunal de tesina certifica que el trabajo de investigación: **“ROL DE ENFERMERIA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y SU RELACIÓN CON LA APLICACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD EN EL ÁREA N°. 6 GUANO-PENIPE PERIODO JUNIO NOVIEMBRE 2013”** de responsabilidad de las egresadas Andrea Raquel Jiménez Nuñez y Gabriela Cecilia Toro Lema, ha sido prolijamente revisada por los Miembros del Tribunal de Tesina, quedando autorizada su presentación para la defensa pública.

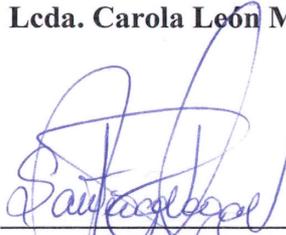
Por lo siguiente firman:



**PRESIDENTE DEL TRIBUNAL**  
**Lcda. Angélica Herrera MsC.**



**TUTORA DE TESINA**  
**Lcda. Carola León MsC.**



**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**  
**Ing. Santiago Vega MsC.**

## **DERECHO DE AUTORÍA**

Nosotras, Andrea Raquel Jiménez Nuñez y Gabriela Cecilia Toro Lema, somos responsables de este trabajo investigativo, los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.

## **DEDICATORIA**

### **Andrea Raquel Jiménez Nuñez**

Dedico este trabajo investigativo en primer lugar a mi madre, que gracias a su guía y apoyo incondicional me ha guiado por el camino correcto de mi vida con mucho amor y cariño sincero, que no se compara con ninguno, a mi esposo por brindarme el apoyo que he necesitado, siendo un pilar fundamental en mi vida, a mi pequeña y dueña de mi corazón NICOLE mi hija, que gracias a ella me ha dado valor y fuerza para seguir adelante y culminar mi carrera con mucho éxito y felicidad te amo mucho amor mío.

### **Gabriela Cecilia Toro lema**

A mi hijo Ariel, por todos los días que no estuve a su lado, viéndolo crecer.

A mi padre, porque a pesar de la distancia, siempre estuvo presente para impulsarme en la consecución de mis metas siendo mi refugio y fortaleza.

A mi madre, por enseñarme a ser fuerte y saber que siempre es posible empezar una y otra vez.

A mis hermanos, en especial a Adriana, por haber contribuido a que mi sueño se haga realidad, apoyándome en el cuidado de mi hijo.

## **AGRADECIMIENTO**

A la UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO por la oportunidad de formación profesional, tanto académica como humanística, para ser útiles a la sociedad.

Al ÁREA DE SALUD N° 6 Guano- Penipe conformada por sus 22 unidades operativas por su colaboración en la entrega de información, a la licenciada Germania Vilema por su apoyo incondicional para la culminación del presente trabajo investigativo.

A la Lic. Carola León MsC, que con su paciencia y afecto nos ha brindado día a día sus conocimientos, guiándonos hacia el éxito de este trabajo investigativo; por ser más que una Docente una amiga.

## RESUMEN

El objetivo principal de la investigación fue determinar el rol de enfermería en atención primaria de salud en relación con el Modelo de Atención Integral de Salud.

Se trata de una investigación cuali-cuantitativa, de tipo descriptiva, correlacional y analítica. La población en estudio lo conforman el personal de enfermería del Área N° 6 Guano – Penipe, (40 enfermeras). La información se obtuvo por medio de encuestas aplicadas al personal de enfermería y además mediante la observación directa en los centros de salud que conforman esta área. Los resultados de la investigación fueron establecidos por indicadores que son los siguientes: Regular que representan el 31.81%, Buena que es el 22.72%, Muy Buena es el 31.81%, y Excelente 13.66% en Atención Primaria de Salud, en relación con la aplicación del MAIS FC-I regular representa 22.74%, buena el 40.90%, y muy buena el 36.36% evidenciando que se aplican herramientas epidemiológicas en la planificación sanitaria, y cuentan con planes de contingencia para mitigar desastres en salud pública e información referente a rutas de evacuación y puntos seguros de encuentro. Se identificó debilidades en los aspectos de aseguramiento de la participación social, escasa capacitación y evaluaciones de la calidad del servicio. El principio de equidad no es práctica común en las unidades operativas y hace falta el tratar a los usuarios como seres biopsicosociales. Las visitas domiciliarias no se realizan de manera permanente, dejando desprotegida a un considerable número de usuarios. El nivel de aplicación de los parámetros contenidos en el Modelo de Atención Integral de Salud en el Área N° 6, es parcial, muchas actividades se las realizan solo de manera ocasional, lo cual impide que la atención a los usuarios sea eficiente. El rol de enfermería en Atención Primaria de Salud no se ajusta plenamente a lo exigido en el Modelo de Atención Integral de Salud. La comprobación de la hipótesis determina que el rol de enfermería en atención primaria de salud se relaciona con la aplicación del modelo de atención integral de salud en el Área N° 6 Guano – Penipe “A mejor aplicación del Rol de Enfermería corresponde una mejor aplicación de los indicadores del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS-FCI)”.



# UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**CENTRO DE IDIOMAS**

---

## ABSTRACT

The main objective of the research was to determine the role of nursing in primary health care in relation to the Model Comprehensive Health Care. This is a qualitative and quantitative investigation, descriptive research, correlational and analytics. The studied population is made up of Guano Area No. 6 - Penipe nurses (40). The information was obtained through surveys to nurse's staff and also by direct observation in health centers that make up this area. The research results were established by indicators that are: Regular is 31.81 %, Good is 22.72 %, Very Good is 31.81 % and Excellent 13.66 % in Primary Health Care; in relation to the application the MAIS FC-I: Regular represents 22.74 %; Good 40.90 % and Very Good 36.36 %; it shows that apply epidemiological tools in health planning, and have contingency plans to mitigate disasters and public health information on routes and safe evacuation meeting points. The weaknesses were identified in the areas of assurance of social participation, poor training and evaluations of service quality. The principle of equity is not common practice in the operating units and the need to treat users as bio psychosocial beings. Home visits are not made permanently, leaving unprotected a substantial number of users. The level of application of the parameters contained in the Model Comprehensive Health Care in Area No. 6, is partial, many activities are performed only occasionally, which impedes the user gets an efficient service. The role of nursing in Primary Health Care does not fit complying with the requirements of the Model Comprehensive Health Care. The hypothesis testing determines that the nursing role in Primary Health Care is related to the application of the Model of Comprehensive Health Care in Area No. 6 Guano – Penipe: “A better implementation of the Nursing Role corresponds better implementation of indicators Model Comprehensive Health Care, MAIS FC-I “.

Translation of abstract corrected by Ms. Mercedes Gallegos N.

Health Sciences Faculty Language Center at UNACH.



## ÍNDICE GENERAL

TÍTULO DE TESINA: .....	I
ACEPTACION DEL TRIBUNAL .....	II
DERECHO DE AUTORÍA .....	III
DEDICATORIA .....	IV
AGRADECIMIENTO .....	V
RESUMEN .....	VI
ABSTRACT .....	VII
ÍNDICE GENERAL .....	VIII
ÍNDICE DE CUADROS .....	XII
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	XIII
INDICE DE IMÁGENES .....	XIII
INDICE DE TABLAS .....	XIII
INTRODUCCIÓN .....	1

### CAPITULO I

1.	PROBLEMATIZACIÓN .....	2
1.1.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	2
1.2.	FORMULACION DEL PROBLEMA .....	4
1.3.	OBJETIVOS .....	4
1.3.1.	OBJETIVO GENERAL .....	4
1.3.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICO .....	4
1.4.	JUSTIFICACIÓN .....	5

### CAPITULO II

2.	MARCO TEÓRICO .....	7
2.1.	POSICIONAMIENTO PERSONAL .....	7
2.2.	ANTECEDENTES DE INVESTIGACIONES ANTERIORES .....	7
2.3.	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA .....	10
2.3.1.	ROL DE ENFERMERÍA EN APS .....	10
2.3.1.1.	FUNCIONES ESENCIALES DE ENFERMERÍA EN APS .....	10
2.3.1.2.	ÁREAS PRIORITARIAS Y ACTIVIDADES BÁSICAS .....	12
2.3.1.3.	COMPETENCIAS PARA LOS EQUIPOS DE APS .....	13
2.3.1.4.	COMUNICACIÓN EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD .....	13
2.3.1.5.	MANEJO DE LA INFORMACIÓN .....	14
2.3.1.6.	GESTIÓN DE RECURSOS .....	15
2.3.2.	ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD .....	15
2.3.2.1.	CONCEPTUALIZACIÓN .....	15
2.3.2.2.	ELEMENTOS DE LA APS .....	16
2.3.2.3.	FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA .....	16
2.3.2.4.	LA ATENCIÓN PRIMARIA COMPRENDE .....	17
2.3.2.5.	NIVELES DE ATENCIÓN .....	18
2.3.2.6.	COMPONENTES ESENCIALES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD .....	19
2.3.2.7.	CONSEJO NACIONAL DE SALUD (CONASA) .....	20
2.3.2.8.	PROMOCIÓN DE LA SALUD .....	21
2.3.2.9.	FUNCIONES DE PROMOCION DE LA SALUD .....	21

2.3.3.	MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD.....	23
2.3.3.1.	MARCO CONCEPTUAL DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR, COMUNITARIO E INTERCULTURAL- MAIS-FCI .....	23
2.3.3.1.1.	SALUD .....	23
2.3.3.1.2.	DETERMINANTES DE LA SALUD.....	25
2.3.3.1.3.	CONTEXTO SOCIOECONÓMICO Y POLÍTICO. ....	25
2.3.3.1.4.	POSICIÓN SOCIOECONÓMICA. ....	26
2.3.3.1.5.	LOS DETERMINANTES INTERMEDIOS O FACTORES INTERMEDIARIOS. ....	27
2.3.3.1.6.	DETERMINANTES AMBIENTALES. ....	27
2.3.3.2.	ENFOQUES DEL MAIS .....	28
2.3.3.2.1.	LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD RENOVADA (APS-R) .....	28
2.3.3.2.2.	EPIDEMIOLOGIA COMUNITARIA EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD Y EN LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD. ....	30
2.3.3.2.3.	LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD Y EN LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD .....	31
2.3.3.2.4.	ENFOQUE DE INTERCULTURALIDAD EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD Y EN LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD .....	31
2.3.3.2.5.	INTEGRAR A LA SALUD MENTAL EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD Y EN LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD .....	34
2.3.3.2.6.	INTEGRAR LA INVESTIGACIÓN, LA FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN DEL TALENTO HUMANO .....	35
2.3.3.2.7.	LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD Y EN LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD .....	36
2.3.3.2.8.	ENFOQUE DE DERECHOS .....	36
2.3.3.2.9.	ENFOQUE DE GÉNERO .....	36
2.3.3.2.10.	PRIORIDADES Y ESTRATEGIAS NACIONALES .....	38
2.3.3.3.	EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL- MAIS- FCI.....	39
2.3.3.3.1.	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS PARA EL FORTALECIMIENTO DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD .....	43
2.3.3.3.2.	PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD .....	45
2.3.4.	PROGRAMAS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA .....	47
2.3.4.1.	PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES. PAI.....	48
2.3.4.2.	PROGRAMA DE CONTROL DE LOS DESÓRDENES POR DEFICIENCIA DE YODO. DDY .....	49

2.3.4.3.	PROGRAMA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA PARA VIH/SIDA-ITS .....	50
2.3.4.4.	ATENCIÓN INTEGRAL POR CICLOS DE VIDA .....	51
2.3.4.5.	DETECCIÓN E INTERVENCIÓN TEMPRANA DE LOS TRASTORNOS DEL DESARROLLO.....	51
2.3.4.6.	DETECCIÓN TEMPRANA Y ESCOLAR DE DISCAPACIDADES AUDITIVAS EN EL ECUADOR .....	51
2.3.4.7.	DISPONIBILIDAD ASEGURADA DE INSUMOS ANTICONCEPTIVOS. DAIA .....	51
2.3.4.8.	ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN.....	51
2.3.4.9.	FORTALECIMIENTO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SANGRE.....	52
2.3.4.10.	FORTALECIMIENTO DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD.....	52
2.3.4.11.	ESTRATEGIA NACIONAL INTERSECTORIAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y PREVENCIÓN DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES. ....	53
2.3.5.	ACTIVIDADES INTRAMURALES .....	53
2.3.6.	ACTIVIDADES EXTRAMURALES .....	54
2.4.	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	55
2.5.	HIPÓTESIS Y VARIABLES .....	60
2.5.1.	HIPÓTESIS .....	60
2.5.2.	VARIABLES.....	60
2.6.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	61
CAPÍTULO III		
3.	MARCO METODOLÓGICO .....	66
3.1.	MÉTODO .....	66
3.2.	POBLACIÓN Y MUESTRA .....	67
3.2.1.	POBLACIÓN .....	67
3.3.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	67
3.4.	TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS .....	68
CAPÍTULO IV		
4.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	69
CAPÍTULO V		
5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	92
5.1.	CONCLUSIONES.....	92
5.2.	RECOMENDACIONES .....	94
CAPÍTULO VI		
6.	PROPUESTA .....	95
7.	BIBLIOGRAFÍA .....	109
7.1.	BIBLIOGRAFÍA .....	109
7.2.	REFERENCIAS ELECTRONICAS .....	109

ANEXOS		
ANEXO 1	ENCUESTA .....	112
ANEXO 2	GUIA DE OBSERVACIÓN .....	117
ANEXO 3	APLICACIÓN DE ENCUESTAS .....	120
ANEXO 4	APLICACIÓN DE GUIA DE OBSERVACIÓN.....	122
ANEXO 5	NOMINA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL ÁREA N° 6 GUANO – PENIPE .....	127
ANEXO 6	NOMINA DEL AREA DE SALUD N° 6 GUANO – PENIPE .....	130
ANEXO 7	CERTIFICADO DEL AREA N°6.....	132

## ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO 1. DISPONIBILIDAD DE MAPAS PARLANTES ACTUALIZADO. ....	69
CUADRO 2. DISPONIBILIDAD DE RECURSOS HUMANOS Y TECNOLÓGICOS .....	70
CUADRO 3. DISPONIBILIDAD DE DIAGNÓSTICO SITUACIONAL ACTUALIZADOS .....	71
CUADRO 4. PROMOCIÓN EN LA COMUNIDAD DEL AUTOCUIDADO.....	72
CUADRO 5. TRABAJOS EN LA COMUNIDAD SOBRE POLÍTICAS SALUDABLES .....	73
CUADRO 6. ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LAS BARRERAS DE ACCESO Y AMPLIAR LA COBERTURA.....	74
CUADRO 7. CAPACITACIÓN RECIBIDA.....	75
CUADRO 8. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD.....	77
CUADRO 9. HERRAMIENTAS EPIDEMIOLÓGICAS EN LA PLANIFICACIÓN SANITARIA.....	78
CUADRO 10. PLANES DE CONTINGENCIA PARA MITIGAR DESASTRES EN LA SALUD.....	79
CUADRO 11. INFORMACIÓN REQUERIDA ANTE EMERGENCIAS Y DESASTRES.....	80
CUADRO 12. ATENCIÓN A LOS USUARIOS/AS CON EQUIDAD.....	81
CUADRO 13. GARANTÍA EN EL SERVICIO PARA EL ACCESO.....	82
CUADRO 14. ENFOQUE INTERCULTURAL.....	83
CUADRO 15. ATENCIÓN A LOS USUARIOS POR GRUPOS POBLACIONALES .....	84
CUADRO 16. ACTIVIDADES INTRAMURALES .....	85

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1.....	69
GRÁFICO 2.....	70
GRÁFICO 3.....	71
GRÁFICO 4.....	72
GRÁFICO 5.....	73
GRÁFICO 6.....	74
GRÁFICO 7.....	75
GRÁFICO 8.....	77
GRÁFICO 9.....	78
GRÁFICO 10.....	79
GRÁFICO 11.....	80
GRÁFICO 12.....	81
GRÁFICO 13.....	82
GRÁFICO 14.....	83
GRÁFICO 15.....	84
GRÁFICO 16.....	85

## INDICE DE IMÁGENES

IMAGEN 1. NIVELES DE ATENCION.....	18
IMAGEN 2. DETERMINANTES DE LA SALUD.....	25
IMAGEN 3. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MAIS.....	39

## INDICE DE TABLAS

TABLA 1. PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN POR GRUPO DE EDAD Y PROGRAMÁTICOS DEL ÁREA N° 6 GUANO- PENIPE 2012.....	9
TABLA 2. OPINIÓN.....	76
TABLA 3. RESULTADOS DE LA OBSERVACIÓN REALIZADA A LOS CENTROS DE SALUD Y SU PERSONAL DEL ÁREA N°6 GUANO – PENIPE.....	86
TABLA 4. OBSERVACIÓN.....	88
TABLA 5. CRUCE DE VARIABLES.....	90

## INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria de Salud representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema público de salud, brindando una atención ambulatoria.

La investigación se estructuró por capítulos. En el capítulo I se formula de manera clara el problema, delimitando sus particularidades, analizando sus probables causas y los efectos que han producido en la población en estudio. Los objetivos planteados guían la investigación y se convierten en los parámetros para evaluar los logros alcanzados. En la justificación se argumenta sobre la necesidad de realizar este estudio.

En el capítulo II se presenta el Marco Teórico”, el mismo que expone las categorías generales teóricas y las categorías particulares operativas. Se teoriza sobre la atención primaria en salud, además del rol de enfermería en la aplicación del modelo de atención integral de salud (MAIS-FCI).

El capítulo III se explica el procedimiento metodológico que se llevó a cabo para la realización de la investigación, tipo de estudio, población y muestra, los instrumentos utilizados para la recolección de datos y la manera como se analizó estadísticamente la información.

En el capítulo IV se realiza el análisis y discusión de resultados, los compara con la teoría y los interpreta. Se procuró aprovechar al máximo las ventajas que ofrece tanto la estadística descriptiva como la inferencial para alcanzar una mayor comprensión.

En el capítulo V se consignan las conclusiones principales del estudio y las recomendaciones.

En el capítulo VI y con los resultados obtenidos, se diseñó una propuesta para organizar la capacitación del personal de enfermería del área N° 6 en temas relacionados a la atención primaria de salud, el rol de enfermería, funciones esenciales de enfermería y el programa MAIS y los objetivos del buen vivir.

## CAPITULO I

### 1. PROBLEMATIZACIÓN

#### 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial, hace 30 años, la atención primaria de salud se presentó como un conjunto de valores, principios y enfoques destinados a mejorar el grado de salud de las poblaciones desfavorecidas. La atención primaria de salud adoptó una visión holística de la salud que iba mucho más allá del limitado modelo médico. Reconocía que muchas de las causas básicas de la mala salud y de la enfermedad escapaban al control del sector de la salud y, por lo tanto, deben abordarse a través de un enfoque amplio que abarque a toda la sociedad. De ese modo cumpliría varios objetivos: mejorar la salud, disminuir la morbilidad, aumentar la equidad y mejorar enormemente la eficacia de los sistemas de salud.<sup>1</sup>

Hoy en día, los sistemas de salud, incluso en los países más desarrollados, no alcanzan esos objetivos. Aunque se han realizado notables progresos para mejorar la salud, luchar contra la enfermedad y alargar la vida, las personas no están satisfechas con los sistemas de salud que existen en todo el mundo.

En Ecuador, la Atención Primaria de Salud implica el acceso y cobertura universal, la atención integral e integrada, la promoción de la salud, la prevención de riesgos de salud, y la orientación familiar y comunitaria, pero no se ha logrado todas las metas propuestas, porque, para dar sostenibilidad a lo anterior, hace falta contar con la participación de la población, políticas y programas adecuados, marco legal e institucional compatible, organización y gestión óptimas, recursos humanos apropiados y competentes, recursos financieros suficientes y acciones intersectoriales e interculturales que debe ser transversales.

En el Ecuador, está implementado El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), que es el conjunto de políticas,

---

<sup>1</sup> OMS. La atención primaria en salud más necesaria que nunca. [en línea] Acceso: 2013-06-03 disponible: <http://www.who.int/whr/2008/summary/es/>.

estrategias, lineamientos y herramientas que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad, permitiendo la integralidad en los tres niveles de atención en la red de salud.

Para la correcta aplicación del MAIS-FCI hace falta aún reforzar la interacción de los actores de los sectores público y privado, los miembros de la red de servicios de salud y la comunidad para llevar a cabo las acciones conjuntas que permitan dar soluciones integrales a las necesidades o problemas de salud de la comunidad contribuyendo de esta manera a mejorar su calidad de vida.

En el ejercicio de su profesión, la enfermera, debe desarrollar cuidados hacia la población como parte del Equipo de Atención Primaria de salud, o en sectores de interés social donde se requiera su participación.

Las fallas en la atención primaria de salud por parte del personal de enfermería, están asociadas a la mala distribución de funciones, porque muchas veces hay un intercambio de funciones entre enfermeras y personal auxiliar. La falta de tiempo para la atención es otro problema que se genera por la gran demanda de atención. También hace falta mayor capacitación sobre los alcances y estructura operativa de los programas nacionales de salud.

En el Área de salud N° 6, las acciones de enfermería a veces no van de acuerdo al modelo de atención integral puesto que se presentan dificultades al momento de la atención al paciente, trabajar con las familias, desarrollar nuevas formas relacionales con la accesibilidad a los servicios de salud, ubicar al usuario en el centro de la atención, instalar practicas saludables, desarrollar intervenciones orientadas hacia resultados de impacto social.

De persistir la situación actual, se estaría perdiendo una gran oportunidad para mejorar la promoción de salud, de los programas, de la participación comunitaria, desde la convicción de un enfoque biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural. El rol de enfermería relacionado con el Modelo de Atención Integral de Salud seria

una alternativa para responder de manera más efectiva a las necesidades de las personas, familias y comunidades, contribuyendo a mejorar su calidad de vida.

## **1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA**

¿Cómo se relaciona el rol de enfermería en Atención Primaria de Salud con la aplicación del Modelo de Atención Integral de Salud en el área N°6 Guano - Penipe período Junio-Noviembre 2013?

## **1.3. OBJETIVOS**

### **1.3.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar cómo se relaciona el rol de enfermería en atención primaria de salud con la aplicación del Modelo de Atención Integral de Salud.

### **1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICO**

- Identificar el nivel de conocimiento que posee el personal de enfermería en Atención Primaria de Salud, en el Área N° 6 Guano – Penipe, y su relación con la aplicación del Modelo de Atención Integral de Salud.
- Evaluar el rol de enfermería en Atención Primaria de Salud en relación con la aplicación del Modelo de Atención Integral de Salud.
- Establecer la relación entre el rol de enfermería y la aplicación del modelo de atención integral de salud.
- Diseñar un programa de capacitación sobre el Rol de enfermería en Atención Primaria de Salud de acuerdo al Modelo de Atención Integral de Salud en el Área N° 6 Guano–Penipe.

#### **1.4. JUSTIFICACIÓN**

Esta investigación se realiza debido a que poco se conoce sobre el rol de enfermería en atención primaria, y se desconoce de qué manera esto influye en la aplicación del Modelo de Atención Integral de Salud, en el Área N° 6 de Chimborazo. La investigación permitirá identificar las funciones relacionadas con el Modelo de Atención Integral en la Atención Primaria de Salud, para el fortalecimiento de las estrategias establecidas en el primer nivel de atención.

Los beneficios que se obtendrán con la ejecución del proyecto, es que se habrá identificado los aspectos débiles en la aplicación del programa MAIS, y las causas desde el punto de vista del rol de la enfermera en atención primaria, con esto se puede alcanzar la solución de los problemas identificados.

Las beneficiarias directas de la investigación son el personal de enfermería del área N° 6 y de manera indirecta los usuarios, por cuanto podrán acceder a una mejor atención primaria de salud, en concordancia con lo que propone el Modelo de Atención Integral de Salud.

Los resultados que se obtengan de la investigación servirán como fuente de consulta para investigaciones futuras que pretendan ampliar y mejorar las estrategias establecidas por el ministerio de salud pública. La organización de un programa de capacitación sobre el rol de enfermería y su relación con el MAIS-FCI contribuirá con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

El objetivo de la atención primaria de la salud es la de realizar tareas preventivas en la población a través de diferentes mecanismos. Uno de ellos consiste en educar e informar mientras se atiende al paciente, de forma que después pueda transmitir esos conocimientos y consejos a su entorno. Otra forma involucra actividades orientadas directamente a la población en general, a través de planes educativos o actividades especiales que pueden realizarse a nivel intramural y extramural.

El control de muchas enfermedades depende básicamente de la prevención y de la llegada de información certera a la población, lo cual no sólo disminuye la

cantidad de afectados por una patología, sino que además permite un mejor manejo de los recursos médicos disponibles.

Un sistema de salud debe estar organizado para satisfacer las necesidades de salud de una población, y se ha comprobado que con una buena Atención Primaria de Salud, se puede satisfacer entre un 80 a 90 % de todos los problemas. Este porcentaje evidencia la importancia de tener, en cualquier sistema de salud, una Atención Primaria de Salud bien establecida, y fuerte, donde se resuelven los problemas con costos más bajos, con menos recursos y sobre todo en concordancia a la realidad de las personas, particularmente a sus aspiraciones personales y sociales.<sup>2</sup>

Un sistema de salud basado en la Atención Primaria, debe estar ligado con el Modelo de Atención Integral de Salud conformado por elementos estructurales y funcionales que garanticen la cobertura universal con equidad, prestar atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, fortalecer la prevención y la promoción para garantizar la atención de los usuarios de los centros de salud en el primer contacto.

---

<sup>2</sup> El rol de atención primaria en los seguros de salud [en línea] Acceso: 2013-06-05 disponible:[http://www.saluddealtura.com/index.php?id=251&print=1&no\\_cache=1](http://www.saluddealtura.com/index.php?id=251&print=1&no_cache=1)

## **CAPITULO II**

### **2. MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. POSICIONAMIENTO PERSONAL**

Este trabajo investigativo se enmarca dentro de la teoría de Nola Pender, quien con las bases que poseía en enfermería, desarrollo humano, psicología experimental y en educación, la llevaron a utilizar una perspectiva holística y psicosocial de la enfermera y el aprendizaje de la teoría como bases para el cuidado de la salud comunitaria. Las organizaciones de salud son facilitadoras de cambio y desarrollo inspiradas por los desafíos del contexto donde ocurre la aplicación e implicaciones de sus contribuciones. Considera la atención primaria de salud, como el medio principal para la prevención de enfermedades y el tratamiento de la misma.

#### **2.2. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIONES ANTERIORES**

Revisada la bibliografía correspondiente, no se encuentran trabajos similares al tema que se propone en esta investigación, pero si existen trabajos que abordan algunos aspectos comunes, los mismos que se mencionan a continuación:

TÍTULO: Preparación Comunitaria y Contextos de Intervención Social en Salud.

El Trabajo Social de Atención Primaria en Andalucía.

AUTOR: Ramos Daniel, Universidad de Sevilla.

AÑO: 2010.

#### **CONCLUSIONES:**

Faltan perfiles de preparación comunitaria y contingencia entre el contexto comunitario y la intervención social. Perspectiva dinámica histórica e interactiva de los procesos de implementación. Características actuales, experiencia previa y tendencia futura de los procesos comunitarios, definidas. Resultado de la interacción de procesos comunitarios: participación, capacidad, liderazgo, redes, están articuladas.

TÍTULO: Actitudes y barreras sobre investigación en atención primaria de salud.

AUTOR: Bladimir Becerra Canales

AÑO: 2013.

CONCLUSIONES:

Se encontró actitud favorable en el 95.8% del total de la muestra; las mejores actitudes fueron: Para investigar no es necesario ser “un científico” (87.5%), desean ampliar en el futuro sus conocimientos en MIC (91.7%), darían tiempo fuera de su jornada laboral, para investigar (85.8%), les interesa la investigación (89.5%) etc. El 96.2% del total de los encuestados perciben en nivel alto, barreras de implementación de la investigación; los obstáculos identificados fueron la falta de tiempo (61.7%), falta de motivación (86.3%), no hay estructuras de apoyo (83.1%), etc.

TÍTULO: Competencias en atención primaria del personal de enfermería en los equipos básicos de salud, área nro. 4, provincia de Imbabura.

AUTOR: Sánchez Ponce Betty y Vaca Sierra Adriana.

AÑO: 2010.

CONCLUSIONES:

La presente investigación permitió determinar las competencias que requiere el personal de enfermería dentro de los equipos básicos en atención en salud.

Mediante la investigación pudimos estipular las principales funciones básicas que cumple el personal de Enfermería en atención primaria es la prevención, promoción y educación para la salud siendo estas las principales. En el trabajo realizado identificamos que el EBAS trabaja directamente con la comunidad es decir en el primer nivel de atención. La ejecución de la investigación nos demostró que el personal de enfermería para la mejor atención del usuario pone en práctica todo su potencial en cuanto a la aplicación de conocimientos, habilidades y actitudes.

### *Antecedentes históricos del Centro de Salud N° 6*

El Centro de Salud N° 6 se inauguró aproximadamente hace 45 años. A mediados del mes de Noviembre de 1994, en una de las tantas reuniones del Comité de Gestión se reestructura nuevamente el área de salud, llamándola área 6 Riobamba-Chambo-Penipe.

El Área Guano-Penipe tiene a su cargo trabajando 40 licenciadas en enfermería, quienes están distribuidas en las distintas áreas de acuerdo a la población existente, manejando contratos: Ocasionales 11, Definitivos 3, Rurales 26.

El Área N° 6 consta de 22 unidades, distribuidas en el área Guano-Penipe:

Centro N° 1 – Guano – San Isidro – San Andrés – Penipe – Chazo – Chingazo – Pungal – San Gerardo – Tuntatacto – Matus – Nabuzo – La Josefina – Chocaví – El Altar – Ilapo – Bayushig – San Pablo – Santa Fe de Galán – Tatacto- Balsayan-Candelaria.

El Centro de Salud N° 1 se encuentra ubicado en la zona urbana de la ciudad de Riobamba, en la Parroquia Veloz, sus límites son:

- Al Norte, la calle Pichincha.
- Al Sur, la calle Loja.
- Al Este, la calle Primera Constituyente.
- Y al Oeste la Avenida 9 de Octubre.

**Tabla 1. PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN POR GRUPO DE EDAD Y PROGRAMÁTICOS DEL ÁREA N° 6 GUANO- PENIPE 2012**

<b>GRUPOS DE EDAD</b>	<b>NUMERO</b>
<1 Año	872
12 a 23 meses	922
1 a 4 años	3.514
2 a 4 años	2.593
5- 9 años	4.945
5 a 14	10.150
10 a14 años	5.205
15 a 19 años	5.469

<b>GRUPOS DE EDAD</b>	<b>NUMERO</b>
20 y más años	28.662
65 a 74 años	2.028
Embarazadas	1.090
MEF (10 a 49)	17.054
MEF (15 a 49)	14.416
DOC (25 a 65 años)	12.422
DOC (35 a 65 años)	8.094
12 a 36 meses	586
<b>TOTAL POBLACIÓN</b>	<b>51.988</b>

*FUENTE: Departamento de Estadística del Área 6*

*ELABORACIÓN: EBAS del CSI.*

## **2.3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

### **2.3.1. ROL DE ENFERMERÍA EN APS**

Actividades que el personal de enfermería debe realizar para el desarrollo humano, crecimiento y un alto nivel de bienestar de la comunidad.

#### **2.3.1.1. FUNCIONES ESENCIALES DE ENFERMERÍA EN APS**

Las funciones esenciales de la enfermera son:

- a) Proveedor de atención directa.
- b) Educador del personal de salud y del público.
- c) Supervisor y administrador de los servicios de APS.
- d) Investigador y evaluador de la atención de salud.<sup>3</sup>

En el contexto de la Atención Primaria y Comunitaria de salud, la enfermera centra su atención en los ciudadanos, sus familias así como en las comunidades donde ambos se desarrollan.

Esta atención se contextualiza en el Equipo de Atención Primaria donde la enfermera está obligada a liderar los procesos asistenciales y de gestión tanto de recursos como del conocimiento relacionado con el cuidado y la dependencia de cuidados,

---

<sup>3</sup> Aspectos principales de la función del personal de enfermería en la APS. [en línea] Acceso: 2013-06-15 disponible: <http://www.uady.mx/~enfermer/sitioflash/CAPS/participacion.html>

garantizando la coordinación con otros miembros del mismo, lo que reportará al ciudadano una atención integral y continuada.

Para ello, la enfermera presta su servicio tanto en el Centro de Salud, en el propio domicilio de los ciudadanos, como en la institución sanitaria si ésta fuese su residencia, o aprovechando los espacios de relación comunitaria. En el caso del centro de salud, la enfermera dispone de un espacio físico, que es el espacio que garantiza un entorno en el que desarrollar la atención con la seguridad y la confidencialidad precisas en el contexto científico y ético antes mencionado. Así mismo, dispone de otro espacio como las salas de procedimientos y técnicas de cuidados o aulas de educación para la salud de cuya gestión se hace responsable.

Este desarrollo disciplinar y profesional, y sobre todo la necesidad de prestar una correcta atención a la población ha puesto sobre la mesa cuatro situaciones que deben ser resueltas por los servicios.

Una situación que debe ser resuelta es la mejora de la capacidad resolutoria de la enfermera, en el ejercicio de la atención de cuidados a la población. El abordaje de esta situación pasaría por el desarrollo e implementación de los procesos para que se garantizaran dos acciones que en el ejercicio de la atención a los ciudadanos las enfermeras ya vienen realizando: la prescripción terapéutica enfermera y el acceso a pruebas diagnósticas y derivación y coordinación interniveles.

La tercera de las situaciones es el afianzamiento de la consulta de enfermería como una de las puertas de entrada al sistema. El desarrollo de esta puerta de entrada se asienta en los dos puntos anteriores y forma parte también de la estrategia de “orientar la organización de servicios a la mejora de la accesibilidad” al favorecerse “la accesibilidad directa del usuario/ciudadano” a la enfermera, tal y como figura dentro del proyecto APS.

Y la cuarta de las situaciones es la atención en la dependencia. Las características sociodemográficas así como la preponderancia de cronicidad de determinados problemas de salud han puesto encima de la mesa la necesidad de mejorar la coordinación entre los servicios sanitarios y los sociales. Para mejorar esta

coordinación se cuenta con una herramienta “ad hoc” que permite el establecimiento de una correcta atención individualizada y coordinada entre sectores para cada caso, la gestión de casos. Las enfermeras de Atención Primaria constituyen la fortaleza del sistema para llevar a cabo este modelo de intervención y deben asumir el liderazgo dentro de los equipos de trabajo, fundamentalmente ante aquellos ciudadanos dependientes, en situación de salud que generan especial fragilidad, con problemática complicada que se encuentran en los domicilios; y para aquellos que son los cuidadores que los atienden que precisan de expertos que les ayuden desde la planificación de los cuidados y cuya carga debe estar bien monitorizada si se quiere evitar la claudicación, por lo que resulta imprescindible el desarrollo de planes de cuidados efectivos.

#### **2.3.1.2. ÁREAS PRIORITARIAS Y ACTIVIDADES BÁSICAS**

Según Loewe entre las principales áreas prioritarias de la APS están:

- a) Salud materno infantil.
- b) Inmunizaciones.
- c) Enfermedades diarreicas.
- d) Enfermedades agudas.
- e) Enfermedades de transmisión sexual.
- f) Salud mental Salud dental.
- g) Enfermedades respiratorias crónicas.
- h) Atención a personas de la tercera edad.
- i) Prevención de accidentes y control de enfermedades ocupacionales.
- j) Prevención de discapacidades físicas.
- k) Erradicación del paludismo, fiebre amarilla y enfermedades parasitarias.
- l) Alimentación y nutrición.
- m) Salud ambiental.

### **2.3.1.3. COMPETENCIAS PARA LOS EQUIPOS DE APS**

“Son características (conocimientos, habilidades y actitudes) de las personas, que se ponen de manifiesto cuando ejecutan una tarea o realizan un trabajo y están relacionadas con el desempeño exitoso en una actividad, laboral o de otra índole”.<sup>4</sup>

#### **Clasificación de las competencias**

- a) Genéricas.
- b) Específicas.
- c) Humanísticas.

#### **Matriz de competencias para los equipos de APS**

La renovación de la APS propone como mecanismo fundamental para la reorientación de los Sistemas de Salud que estos estén basados en la APS, fundamentados en valores, guiados por unos principios propios y conformados por un conjunto de elementos esenciales.

Los valores esenciales del Sistema de Salud deben de ser reflejo de los valores de la sociedad en general como son:

- El derecho al nivel de salud más alto posible.
- La equidad en salud.
- La solidaridad.

### **2.3.1.4. COMUNICACIÓN EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD**

La comunicación es considerada la principal herramienta en el trabajo de los integrantes del equipo de APS tanto para la correcta relación con los pacientes, como para interactuar con la comunidad, los niveles políticos y gerenciales, entre niveles de atención y entre los propios miembros del equipo.

---

<sup>4</sup> OPS “Sistemas de salud basados en la APS: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. En pdf [en línea] Acceso: 2013-06-15 disponible: [http://cursos.campusvirtualsp.org/\\_OPS\\_2010\\_APS-Estrategias\\_Desarrollo\\_Equipos\\_APS.pdf](http://cursos.campusvirtualsp.org/_OPS_2010_APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf)

La comunicación habitual en el primer nivel de atención, se produce en la consulta donde se atienden personas con problemas de salud poco definidos, en estudios precoces de su historia natural, por lo que debe existir una capacidad de razonamiento adecuado para distinguir aquellas situaciones más complejas de gravedad, elaborando una orientación diagnóstica más concreta, a partir de una queja muy indefinida.

La comunicación eficaz es esencial para realizar una prestación de servicios de salud de alta calidad porque mejoran:

- La satisfacción del individuo.
- Su comprensión.
- Su adherencia terapéutica.
- La comunicación es un mecanismo para interactuar con la comunidad, además facilita la participación comunitaria.
- Resolución de conflictos entre los miembros del equipo.
- Los resultados de salud en términos generales de la asistencia.

En otros aspectos, la comunicación entre los miembros del equipo y el individuo es un elemento que ayuda al alcance del desempeño.

#### **2.3.1.5. MANEJO DE LA INFORMACIÓN**

“La OMS, lo definió como un “mecanismo para la recogida, procesamiento, análisis y transmisión de la información que se requiere para la organización y el funcionamiento de los servicios sanitarios y también para la investigación y la docencia”.

Los sistemas de información de salud responden a la necesidad de establecer un sistema de evaluación del estado de salud de la población y de las actividades de promoción, prevención y de asistencia sanitaria.

### **2.3.1.6. GESTIÓN DE RECURSOS**

La gestión de recursos tiene que ver con las habilidades para poder hacer una evaluación del problema específico que los equipos enfrentan y poder determinar de forma racional cuales son los recursos que se van a necesitar para proporcionar la respuesta adecuada.

### **2.3.2. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

#### **2.3.2.1. CONCEPTUALIZACIÓN**

La Conferencia de Alma Ata definió la APS como: “la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación.”<sup>5</sup>

Según la OMS “La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad”.<sup>6</sup>

Es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades, con el sistema nacional de salud, acerca la atención sanitaria a donde viven y trabajan las personas.

“Un sistema de salud debe estar organizado para satisfacer las necesidades de salud de una población, y se ha comprobado que con una buena APS se puede satisfacer entre un 80 a 90 % de todos los problemas. Este porcentaje evidencia la importancia de tener, en cualquier sistema de salud, una APS bien establecida, y fuerte, donde se

---

<sup>5</sup> OPS “Sistemas de salud basados en la APS: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. En pdf [en línea] Acceso: 2013-06-15 disponible: [http://cursos.campusvirtualesp.org/\\_OPS\\_2010\\_APS-Estrategias\\_Desarrollo\\_Equipos\\_APS.pdf](http://cursos.campusvirtualesp.org/_OPS_2010_APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf)

<sup>6</sup> OPS Atención primaria salud.[en línea] Acceso: 2013-06-17 disponible: [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/es/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/)

resuelven los problemas con costos más bajos, con menos recursos y sobre todo en concordancia a la realidad de las personas, particularmente a sus aspiraciones personales y sociales”.<sup>7</sup>

### **2.3.2.2. ELEMENTOS DE LA APS**

El marco conceptual pretende servir como base para organizar y comprender los componentes de un sistema de salud basado en APS. No implica determinar exhaustivamente todos los elementos que se necesitan. Cada país deberá desarrollar su estrategia para la renovación de la APS de acuerdo con sus recursos económicos, circunstancias políticas, capacidades administrativas y desarrollo histórico del sector salud.

Los elementos principales de la Atención Primaria de Salud son:

- a) La accesibilidad.- es la provisión eficiente de servicios sanitarios en relación con las barreras organizacionales, económicas, culturales y emocionales.
- b) La coordinación.- es la suma de las acciones y de los esfuerzos de los servicios de atención primaria.
- c) La integralidad.- es la capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población atendida (en atención primaria es alrededor del 90%).
- d) La longitudinalidad.- es el seguimiento de los distintos problemas de salud de un paciente por el mismo médico.

### **2.3.2.3. FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA**

#### **MISION:**

Mejorar la capacidad de respuesta de los programas priorizados y su impacto en la salud de la población.

---

<sup>7</sup> El rol de la atención primaria en los seguros de salud. [en línea] Acceso: 2013-06-17 disponible:[http://www.saluddealtura.com/index.php?id=251&print=1&no\\_cache=1](http://www.saluddealtura.com/index.php?id=251&print=1&no_cache=1)

## **VISION:**

Fortalecer las capacidades institucionales de las autoridades sanitarias, nacionales y provinciales, para ejercer más responsabilidades del Estado, respecto a la promoción y protección de la salud de la población mediante la medición y el desarrollo de las funciones esenciales de salud pública que son de su competencia.

Las funciones esenciales en salud pública (FESP) son las siguientes:

1. Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud.
2. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños a la salud pública.
3. Promoción de la salud.
4. Participación de los ciudadanos en la salud.
5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública.
6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública.
7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.
8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.
9. Garantía y mejoramientos de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.
10. Investigación en salud pública.
11. Reducción de impacto de las emergencias y desastres en salud.

### **2.3.2.4. LA ATENCIÓN PRIMARIA COMPRENDE**

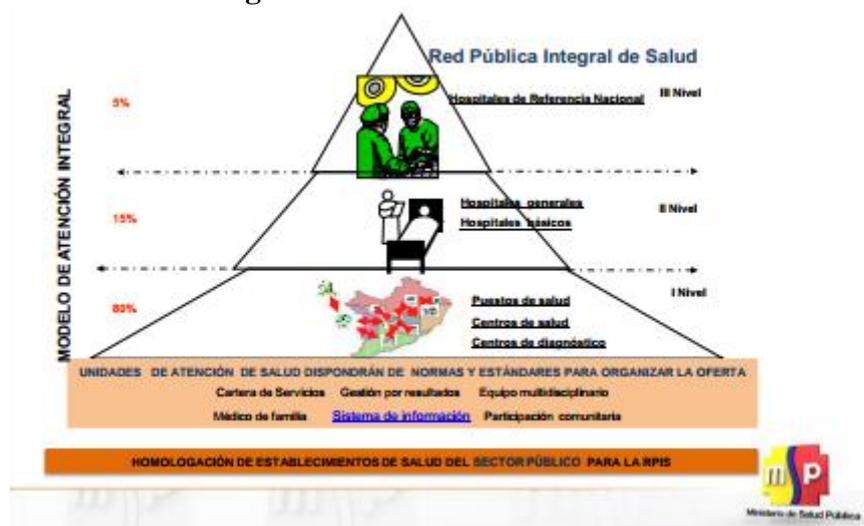
1. La asistencia sanitaria la demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.
2. La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
3. Las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria.

4. Las actividades de información y vigilancia en la protección de la salud.
5. La rehabilitación básica.
6. Las atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos.
7. La atención paliativa a enfermos terminales.
8. La atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada.
9. La atención a la salud bucodental.

### 2.3.2.5. NIVELES DE ATENCIÓN

En un comienzo este concepto describía, únicamente, la estructura de los servicios basándose en la complejidad relativa de sus partes. Por lo tanto estaba asociado con las características del personal, de las unidades operativas o establecimientos de salud y de las modalidades administrativas de la prestación de los servicios.

**Imagen 1. NIVELES DE ATENCIÓN**



*FUENTE: MSP. Modelo de atención integral de salud. 2013*

En la actualidad, la aplicación del concepto de niveles tiene una connotación funcional que toma en cuenta la perspectiva de la comunidad, sus necesidades y recursos.

La noción de niveles se identifica, entonces, con las diversas instancias o planos tecnológicos de resolución de los problemas de salud. Todos, en conjunto, conforman una oferta integral de servicios diseñados para garantizar la accesibilidad y la continuidad de la atención en salud. El diseño de programas requiere, en primer término, definir la organización general del sistema, los diferentes tipos de servicio y los recursos que serán utilizados. Luego viene un ejercicio de programación local que constituye la aplicación efectiva del enfoque de niveles y que permite tomar apropiadamente en cuenta las necesidades de los diferentes grupos de población y las prioridades locales.

#### **2.3.2.6. COMPONENTES ESENCIALES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.**

Se entiende por componentes, aquellos ejes programáticos y estratégicos, que deben ser implementados, para alcanzar las metas fijadas para la atención de salud.

Entre ellos constan los siguientes:

- Programas dirigidos a poblaciones especiales:
  - Madre.
  - Niño.
  - Trabajador.
  - Edad avanzada.
  - Discapacitados.
- Programas para la salud general:
  - Alimentación y nutrición.
  - Salud bucal.
  - Salud mental.
  - Prevención de accidentes.
  - Saneamiento ambiental
- Programas para la prevención, protección, control de enfermedades.

### **2.3.2.7. CONSEJO NACIONAL DE SALUD (CONASA)**

El Consejo Nacional de Salud es una entidad cuyo propósito fundamental es impulsar la construcción del Sistema Nacional de Salud; concerta la Política Nacional de Salud; participa con el Ministerio de Salud Pública en la formulación del Plan Integral de Salud, coordina con sus integrantes su implementación, promueve la participación social y el ejercicio de los derechos en salud.

De acuerdo al Artículo 7 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, los Integrantes del Sistema Nacional de Salud son las siguientes entidades que actúan en el sector de la salud, o en campos directamente relacionados con ella:

1. Ministerio de Salud Pública y sus entidades adscritas.
2. Ministerios que participan en el campo de la salud.
3. El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS; Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, ISSFA; e, Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional, ISSPOL.
4. Organizaciones de salud de la Fuerza Pública: Fuerzas Armadas y Policía Nacional.
5. Las Facultades y Escuelas de Ciencias Médicas y de la Salud de las Universidades y Escuelas Politécnicas.
6. Junta de Beneficencia de Guayaquil.
7. Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, SOLCA.
8. Cruz Roja Ecuatoriana.
9. Organismos seccionales: Consejos Provinciales, Consejos Municipales y Juntas Parroquiales.
10. Entidades de salud privadas con fines de lucro: prestadoras de servicios, de medicina prepagada y aseguradoras.
11. Entidades de salud privadas sin fines de lucro: organizaciones no gubernamentales (ONG's), servicios pastorales y fiscomisionales.
12. Servicios comunitarios de salud y agentes de la medicina tradicional y alternativa.
13. Organizaciones que trabajan en salud ambiental.

14. Centros de desarrollo de ciencia y tecnología en salud.
15. Organizaciones comunitarias que actúen en promoción y defensa de la salud.
16. Organizaciones gremiales de profesionales y trabajadores de la salud.
17. Otros organismos de carácter público, del régimen dependiente o autónomo y de carácter privado que actúen en el campo de la salud.

#### **2.3.2.8. PROMOCIÓN DE LA SALUD**

Según la carta de Ottawa realizada en 1986, la define como el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla.<sup>8</sup>

La educación para la salud se la define como:

- Tipo de educación cuyo objetivo final es la modificación en sentido favorable de los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de los individuos, grupos y colectividades.
- Instrumento que tienen los profesionales y la población para conseguir de ésta la capacidad de controlar, mejorar, y tomar decisiones respecto a su salud o enfermedad.
- Estrategia de intervención dentro de la Promoción de la Salud.<sup>9</sup>

#### **2.3.2.9. FUNCIONES DE PROMOCION DE LA SALUD**

Las funciones principales de la promoción de la salud son:

La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. Además, el artículo 358 menciona que “el sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral”; el artículo 359 enuncia que “El sistema nacional de salud comprenderá las

---

<sup>8</sup> SANCHEZ GARCÍA, Ana María. Salud Pública y Enfermería comunitaria. Madrid. 1996

<sup>9</sup> MAZARRAZA, D. Educación para la salud., 2012.

instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud” y, en el artículo 360 que “el sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud.<sup>10</sup>

La promoción de la salud en 1986 según la Carta de Ottawa consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

La concienciación y la educación son maneras muy poderosas de provocar un cambio en el comportamiento relativo a la salud:

- La promoción de la salud es un proceso que permite a las personas controlar y mejorar su salud.
- La meta de la educación universal no se puede alcanzar mientras las necesidades de salud de todos no sean satisfechas.
- La educación también debería permitir a las personas vivir saludablemente en un mundo donde el VIH, el SIDA y otras pandemias son un verdadero riesgo para la salud.
- Las políticas, la gestión y los sistemas deben proporcionar orientación, supervisión, coordinación, seguimiento y evaluación para asegurar una respuesta efectiva, sostenible e institucionalizada a los asuntos de salud.
- La educación debe permitir a los educandos adoptar una actitud solícita y comprensiva hacia los demás como también comportamientos protectores y saludables para sí mismos.<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> CONASA/MSP/MODERSA/OPS/UNFPA, Guía Metodológica para la conformación de los Consejos Cantonales y Provinciales de Salud, Quito, Junio 2010.

<sup>11</sup> Promoción de la salud.[en línea] Acceso: 2012-07-12 disponible:unesco.org/new/es/education/themes/leading

### **2.3.3. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD**

#### **2.3.3.1. MARCO CONCEPTUAL DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR, COMUNITARIO E INTERCULTURAL- MAIS-FCI**

##### **2.3.3.1.1. Salud**

El concepto de salud dado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Constitución de 1948, define salud como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales.

La salud entendida en una doble dimensión: como producto de las condiciones sociales y biológicas y a la vez como productor de condiciones que permiten el desarrollo integral a nivel individual y colectivo, se construye en el marco de las condiciones económicas, sociales, políticas, culturales, ambientales, de las formas de relación con los grupos sociales, de las formas en que cada sociedad se organiza para la distribución de los bienes, entre ellos los servicios de salud y de cómo a nivel individual y sobre una base biológica y espiritual se procesan estas condiciones.

En palabras de Del Bosque S. (1998, pp. 20) *“La salud se crea donde la gente vive, ama, trabaja, y se divierte: es la integración entre ambientes y gentes, en el proceso de la vida diaria lo que crea un patrón de salud”*.

La salud como productor de desarrollo implica un esfuerzo consciente de los individuos y los grupos sociales, en función del mejoramiento de las condiciones de vida, de la generación de oportunidades, adquiere un papel de cohesión social y puede constituirse en una de las fuerzas que juega un papel constructivo en el proceso de desarrollo social.

El cuidado de la salud es un eje estratégico del desarrollo individual y colectivo, un elemento clave para la consecución del buen vivir. Como señala Betancourt Z. (2011) *“la salud y la enfermedad son formas de caminar por la vida”*

**La salud y el enfoque de la Atención Primaria de Salud APS-R están en estrecha relación con la noción de desarrollo humano sustentable**, que trasciende el sentido de generación de riqueza económica pues plantea el desarrollo como el logro de bienestar y generación de oportunidades en el presente y para las generaciones futuras.

El bienestar significa la satisfacción de necesidades materiales y espirituales, la potenciación de las capacidades humanas, la libertad, el ejercicio de derechos, la participación, el cuidado de los recursos naturales y los ecosistemas, el reconocimiento y respeto a la diversidad, es decir, el mejoramiento de la calidad de vida. Citando a Max N. (1986), *“el mejor proceso de desarrollo será aquel que permita elevar más la calidad de vida de las personas”*.

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

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

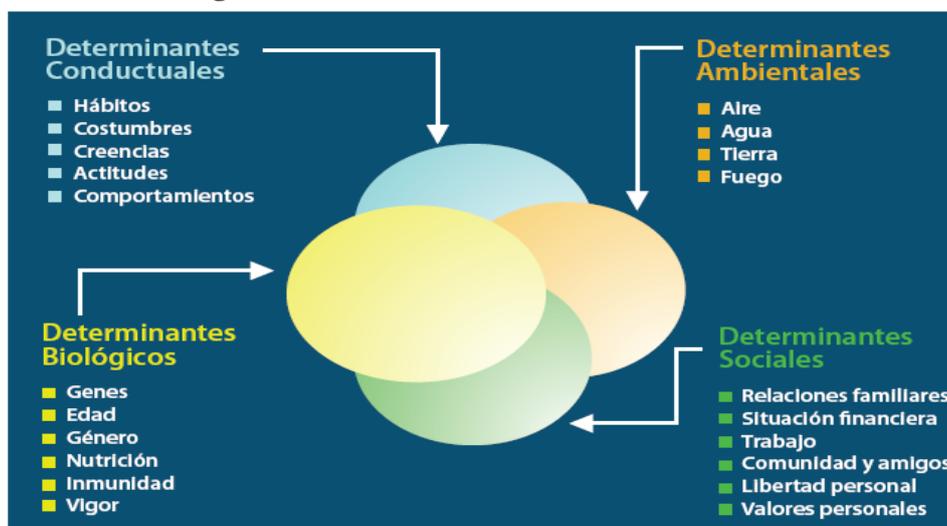
### 2.3.3.1.2. Determinantes de la salud

Se denomina al conjunto de procesos que tienen el potencial para generar protección o daño, para la salud individual y colectiva. Factores complejos que al actuar de manera combinada determinan los niveles de salud de los individuos y comunidades.

Se refiere a las interacciones entre las características individuales, los factores sociales y económicos, y los entornos físicos, en estrecha relación con la distribución de la riqueza en la población y no solo con su producción. (Health Canadá 2000)

Los determinantes de salud que el MAIS-FCI lo asume es el modelo elaborado por la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS son: APS-R, Atención Primaria en Salud-Renovada.

**Imagen 2. DETERMINANTES DE LA SALUD**



*Fuente: Modelo de atención integral de salud. 2013*

### 2.3.3.1.3. 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 (Krieger Et al, 2005).

#### **2.3.3.1.4. 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 (Krieger Et al, 2000), o grupos que detentan 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. (Lynch Et al, 2000).

#### **2.3.3.1.5. 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.

#### **2.3.3.1.6. Determinantes ambientales.**

La interacción entre elementos naturales y sociales contribuye a la generación de condiciones de protección o riesgo para la salud. Según el informe Landone (1974), se estima que un 20% de la mortalidad en los países puede ser atribuida a riesgos ambientales.

La protección de la salud depende de la capacidad de la sociedad para mejorar la interacción entre la actividad humana y el ambiente químico, físico y biológico. Esto debe hacerse de manera que promueva la salud humana y prevenga la enfermedad, manteniendo el equilibrio y la integridad de los ecosistemas, y evitando comprometer el bienestar de las futuras generaciones, (Placeres Et al, 2007).

En el país, los determinantes ambientales tienen una gran relevancia en la exposición a condiciones de riesgo, por ejemplo las limitaciones en el acceso a agua segura, servicios básicos, a condiciones para la seguridad alimentaria, que afecta sobre todo a las poblaciones de zonas rurales y barrios populares de las ciudades.

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.

### **2.3.3.2. ENFOQUES DEL MAIS**

#### **2.3.3.2.1. 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 inicio la reflexión y demostración de los determinantes sociales de la salud y la inequidad en el acceso a los servicios que en la década de los setentas toma mucho impulso sobre todo en América Latina, unida a los procesos libertarios y de cambio social, surgiendo así valiosas experiencias locales que desde la reivindicación del derecho a la salud, pusieron sobre el tapete la necesidad de trabajar en torno al mejoramiento de la calidad de vida y la participación como elementos sustanciales para el logro de la salud.

La evidencia del fracaso del modelo de desarrollo economicista y de las políticas neoliberales, que en el campo de la salud significo profundizar la inequidad en el acceso a condiciones de vida saludables y a los servicios de salud, ha incidido en que

se repositone la estrategia de la APS como eje de los procesos de transformación de los sistemas de salud bajo los siguientes objetivos:

- Facilitar la inclusión social y la equidad en salud.
- Promover los sistemas de salud basados en APS.
- Potenciar la promoción de la salud y promover la atención integral e integrada.
- Fomentar el trabajo intersectorial y sobre los determinantes.
- Orientar hacia la calidad de la atención y seguridad del paciente.
- Fortalecer los recursos humanos en materia 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, reconociendo y dando 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 tres niveles más complejos de atención, con la finalidad de dar atención integral y específica a las demandas individuales.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Manual del Modelo de Atención Integral de Salud. MSP. en pdf 2013. [en línea] Acceso: 2013-07-02 disponible: <http://es.scribd.com/doc/154356987/Manual-Mais-2013>

### **2.3.3.2.2. Epidemiología comunitaria en el modelo de atención integral de salud y en la red pública integral de salud.**

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 Epidemiología Comunitaria se caracteriza por:

- Los datos epidemiológicos que se generan no tienen un camino unidireccional (desde la periferia hacia el centro) si no 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).

Para su implementación se ha desarrollado una serie de herramientas didácticas, sencillas pero que encierran una gran profundidad de conceptos; tendrán que ser incorporadas en el trabajo de los equipos de salud y de los actores comunitarios.<sup>13</sup>

#### **2.3.3.2.3. 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 transformación 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.

#### **2.3.3.2.4. 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, montubios y afroecuatorianos del país, ha permitido el reconocimiento constitucional del Ecuador

---

<sup>13</sup> Manual del Modelo de Atención Integral de Salud. MSP. en pdf 2013. [en línea] Acceso: 2013-07-04 disponible: <http://es.scribd.com/doc/154356987/Manual-Mais-2013>

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.

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 y Derechos, ha implementado importantes avances en cuanto a la incorporación del enfoque intercultural y la adecuación cultural de los servicios, particularmente de los servicios 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, 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 interrelación 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, contribuyendo a responder adecuadamente a las necesidades de las y los usuarios que por su origen tienen y generan distintas demandas de atención en salud.

La organización de los servicios de salud al interior del Sistema Nacional de Salud, incorporando el enfoque intercultural 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, que interrelacionados 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.

La Interculturalidad en el Modelo de Atención Integral de Salud: Reconoce la Gestión y Atención de Salud Intercultural: Corresponde a la unidad hacer operativo el mandato constitucional, diseñando los mecanismos que posibiliten la coordinación entre los sistemas de salud occidental y de los pueblos diversos, ancestrales, tradicionales y alternativos, garantizando la atención de las personas usuarias con el debido respeto a sus derechos humanos según su elección, así mismo fomentando la promoción de la salud desde su cosmovisión, proyectando las prácticas saludables.

El reconocimiento de la diversidad cultural implica un DIÁLOGO INTERCULTURAL, cuyo fundamento es el reconocimiento del otro sin barreras, ni jerarquías sociales en el que por una parte el Estado y los pueblos, nacionalidades

indígenas, afro ecuatorianos, montubios y mestizos, puedan debatir la prestación de un servicio integral adecuado a su cosmovisión y / o en su defecto se valore, respete su propio sistema, garantizando el acceso conforme a su elección en un plano de igualdad.<sup>14</sup>

#### **2.3.3.2.5. 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.

La salud mental también se refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades para alcanzar sus propios objetivos (OMS, 2004). En este sentido, la salud mental es materia de interés para todos, y no sólo para aquellos afectados por un trastorno mental. En el Ecuador la Constitución de la República señala 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 y en el Plan Nacional para el Buen Vivir se inscriben de manera tácita aspectos relacionados a la promoción de la salud mental.

Bajo estos instrumentos legales el Modelo de Atención Integral de Salud, enfatiza en la importancia de intervenir en las condiciones de esta dimensión de la salud, y la incorporación de la Salud Mental Comunitaria en los planes de salud y la

---

<sup>14</sup> Manual del Modelo de Atención Integral de Salud. MSP. en pdf 2013. [en línea] Acceso: 2013-07-08 disponible: <http://es.scribd.com/doc/154356987/Manual-Mais-2013>

organización de los servicios, superando los Modelos: Curativo y Clínico Biológico que marcan aún el quehacer de los servicios psiquiátricos y de salud mental en el país.

El modelo comunitario de salud mental permite comprender al individuo en sus dimensiones biológicas, psicológicas, culturales, sociales y políticas; fortalece la participación de la comunidad en la planificación y desarrollo de actividades orientadas al cuidado de la salud mental, 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.

#### **2.3.3.2.6. Integrar la investigación, la formación y capacitación del talento humano**

El MAIS plantea fortalecer los procesos de investigación, formación y capacitación del talento humano y que la producción de conocimientos se constituya en una herramienta para contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud y vida de la población. El talento humano constituye el pilar fundamental del cambio en el modelo de atención, los procesos de formación, capacitación y la investigación se orientan a lograr excelencia técnica, integralidad y compromiso.

Se implementará estrategias para el desarrollo y la gestión del talento humano a través de procesos de capacitación continua, la carrera sanitaria y la formación en los servicios. En el primero y segundo nivel se incorpora especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y Técnicos de Atención Primaria de Salud el segundo y tercer nivel se formaran especialistas en las áreas que son pertinentes y el cuarto nivel constituirá el gran espacio para las grandes especialidades y la investigación científica.

#### **2.3.3.2.7. 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.

#### **2.3.3.2.8. Enfoque de derechos**

El enfoque de derechos se basa en el reconocimiento de que las personas son titulares de derechos fundamentales, universales, inalienables, interdependientes, indivisibles que generan obligaciones para el Estado en el ámbito de su garantía y de la creación de condiciones para el ejercicio de los mismos. Este enfoque plantea un cambio en la forma de aproximación a la ciudadanía, como sujeto de participación, y de concepción de las políticas públicas, que se constituyen en herramientas que requieren para su construcción de la dinámica e interrelación entre diferentes actores/as y que sirven para potenciar el ejercicio de derechos y la exigibilidad de los mismos.

#### **2.3.3.2.9. Enfoque de género**

Este enfoque nos permite entender las relaciones de poder existentes entre los sexos, la construcción sociocultural de las identidades de género, y como las mismas se estructuran en un sistema social que jerarquiza a las personas según sus marcas corporales creando condiciones de desigualdad, inequidad, discriminación y marginación. Permittiéndonos de esta manera dar cuenta de:

- Las creencias, símbolos y comportamientos a través de los cuales se diferencia los hombres de las mujeres.
- Los mecanismos institucionales y culturales que estructuran la desigualdad entre los sexos y la exclusión de identidades de género que no se correspondan con lo socialmente establecido como femenino o masculino.
- Como la asignación de roles y características específicas para hombres y mujeres han establecido situaciones diferenciadas en términos de derechos y oportunidades y un código que organiza y regula las relaciones entre sexos.
- La existencia de una división sexual del trabajo que privilegia roles productivos para los hombres y reproductivos para las mujeres.
- Relación desigual de poder entre mujeres y hombres que tiene que ver con una distribución desigual de conocimientos, propiedad e ingresos.
- La existencia de la hétero – norma como la única forma legitimada de vivencia de la sexualidad y las relaciones afectivas entre personas.

La inclusión del enfoque de género en la construcción de las políticas públicas, nos permite tener una mejor comprensión de la realidad y de las vivencias, necesidades, condiciones específicas de las mujeres y las personas con identidad sexo – genérica diversa, ubicando como un problema central a la desigualdad en las relaciones de poder entre hombres y mujeres, sus causas y efectos en la vida social. Y de esta manera potenciando nuestra acción transformadora de esta situación, mediante la elaboración de políticas que nos permitan corregir los desequilibrios existentes, garantizar la restitución de derechos y trabajar por la igualdad social.

El enfoque de género además nos permite una mejor comprensión de las condiciones que implican mayor vulnerabilidad, al mostrar que el binario masculino – femenino y las condiciones históricas jerárquicas entre hombres y mujeres, adolescentes y adultos, entre otros inciden en las relaciones de atender la sexualidad y la salud según sea la edad, la étnica, la orientación sexual, la condición de salud, el lugar de residencia, el nivel educativo y las condiciones socio – económicas. Todas influyen en la generación de una doble o triple situación de exclusión social y discriminación, que determina una mayor inequidad y desigualdad en cuanto al acceso a recursos de todo tipo y al ejercicio de derechos.

#### **2.3.3.2.10. PRIORIDADES Y ESTRATEGIAS NACIONALES**

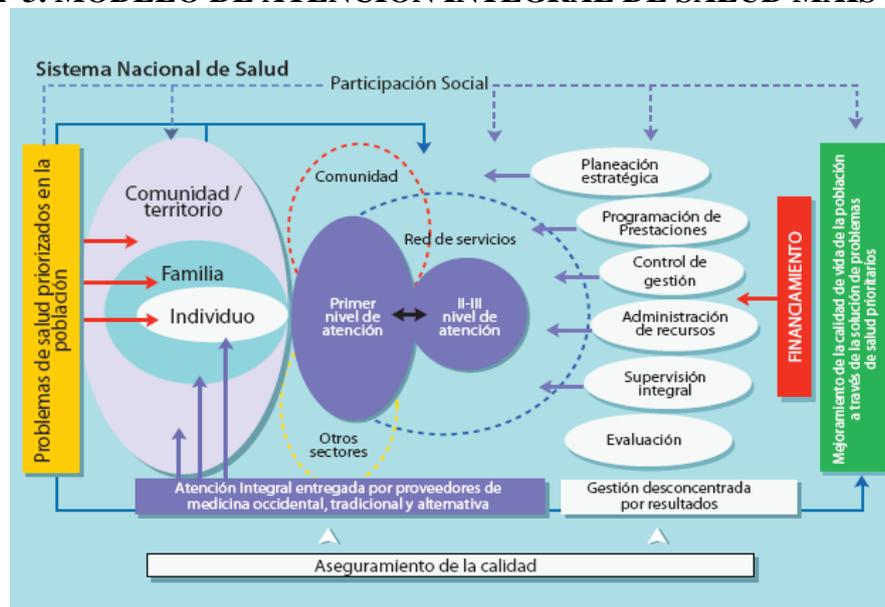
Las prioridades nacionales se orientan a movilizar los recursos en función del logro de objetivos y metas de corto y mediano plazo. Son estrategias que requieren una intervención intersectorial y que se orientan a modificar los factores o determinantes críticos que generan la prioridad sanitaria, por el impacto en la población y en el desarrollo del país. Se enmarcan en las políticas y metas nacionales establecidas en el Plan de Desarrollo para el Buen Vivir, acuerdos internacionales como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODEM).

El MSP ha definido estrategias nacionales de acuerdo a las prioridades y perfil epidemiológico de la población como la ENIPLA, Nutrición Acción-Desnutrición Cero, Prevención y Atención Integral a personas con problemas crónico-degenerativos, tuberculosis, VIH-SIDA, entre otras, que se vinculan a las metas del Plan Nacional del Buen Vivir.

### 2.3.3.3. EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL– MAIS-FCI

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAISFCI) es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad – el entorno, permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red de salud.

**Imagen 3. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MAIS**



*Fuente: Modelo de Atención Integral de Salud*

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

#### ***Integralidad en el sistema nacional de salud***

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

vida y por tanto toma decisiones respecto a su salud de manera consciente y sistemática. Por consiguiente, la Atención Integral a la Salud de las personas y/o grupos poblacionales son todas las acciones realizadas por el Estado y la Sociedad.

Civil de manera concertada y negociada tendiente a garantizar que las personas, las familias y los grupos poblacionales permanezcan sanos y en caso de enfermar, recuperen rápidamente su salud evitándoles en lo posible la ocurrencia de discapacidad o muerte.

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

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

**Integralidad en la atención: superar programas verticales e integrar la atención considerando las especificidades y requerimientos de la población en los diferentes momentos del ciclo vital.**

- Atención Integral a la población: Es dirigir los esfuerzos con acciones sistemáticas y coordinadas con enfoque intercultural, generacional y de género, que persiga la reducción, neutralización o eliminación de los factores (presentes o potenciales) que incrementan el riesgo de enfermar y morir.

### **Integralidad en las acciones intersectoriales:**

El Sistema Nacional de Salud tiene por objeto mejorar la calidad de vida de la población. Los esfuerzos aislados del sector salud no bastan para mejorar la salud de un modo evidente, por lo cual es necesaria la participación de otros actores que pueden influir en el mejoramiento de la salud a veces con más recursos o mayor decisión que el propio sector como el caso del abastecimiento de agua potable o las alternativas nutricionales.

Los planes de salud deben ser preparados y discutidos con toda la sociedad civil organizada para lograr articular los esfuerzos hacia un objetivo común. El personal debe incluir en la programación de su tiempo de trabajo las actividades de coordinación intersectorial y participar activamente en las instancias de coordinación intersectorial y la construcción de los planes de desarrollo territorial en coordinación con los GADS, SENPLADES y otras instancias gubernamentales.

En resumen se deben promover acciones encaminadas a mejorar la calidad de vida, mediante actividades de coordinación intra e intersectorial, para actuar sobre los determinantes de la salud.

### **Integralidad en la participación de la comunidad:**

El Modelo de Atención Integral MAIS-FCI promueve la participación comunitaria como un medio y un fin para el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, lo cual implica que deben superarse los esquemas de participación basados en la simple colaboración de la comunidad en las tareas institucionales.

Este enfoque integrador apunta hacia la creación de espacios de gestión y autogestión, donde los conjuntos sociales y los trabajadores de la salud concierten sobre los procesos de identificación de problemas, el establecimiento de prioridades y la búsqueda de soluciones. Para ello, se debe establecer de manera sistemática en todos los niveles del sistema la relación servicio de salud-población, mediante:

- La participación de las comunidades en la planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud.
- El apoyo a la conformación y/o fortalecimiento de grupos u organizaciones comunitarias vinculadas con el cuidado de la salud.
- Fortalecer los procesos de capacitación tanto a nivel comunitario como institucional, así como el fortalecimiento de conocimientos y experiencia en temas de participación y comunicación social, al mismo tiempo que en promoción, prevención y atención de los problemas de salud.
- El establecimiento de mecanismos de referencia y contra referencia que incluya como puntos de partida y de llegada a la comunidad. Al respecto se debe trabajar conjuntamente con la comunidad en la conformación de redes que vigilen el flujo de la atención desde la comunidad, pasando por las unidades de salud, hasta su regreso a la localidad de origen.
- La creación y/o fortalecimiento de las redes de vigilancia epidemiológica comunitaria que constituyan elementos operativos indispensables para potenciar la atención que se brinde a la población.

### **Integralidad en la gestión institucional**

El Nivel Central apoyará el desarrollo de las capacidades técnicas de las Zonas, Distritos y circuitos, pasar de una organización vertical a una organización horizontal y a una integración de acciones por conjunto de necesidades y problemas.

Las Zonas, Distritos y Circuitos deben organizar sus servicios en función de las necesidades de la población, según los principales problemas de salud y los recursos con que cuenta, desarrollando acciones integrales de atención orientadas a la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos, para la satisfacción de las usuarias y usuarios en los tres niveles de atención de la red de servicios de salud.

### ***Propósito del modelo de atención integral de salud familiar, comunitaria e intercultural***

Orientar el accionar integrado de los actores del Sistema Nacional de Salud hacia la garantía de los derechos en salud y el cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir al mejorar las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana a través de la implementación del Modelo Integral de Salud Familiar.

Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) bajo los principios de la Estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada, y transformar el enfoque médico biologista, hacia un enfoque integral en salud centrado en el cuidado y recuperación de la salud individual, familiar, comunitaria como un derecho humano.

### ***Objetivo del modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural***

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

#### **2.3.3.3.1. Objetivos estratégicos para el fortalecimiento del modelo de atención integral de salud**

- Reorientación del enfoque curativo, centrado en la enfermedad y el individuo, hacia un enfoque de producción y cuidado de la salud sustentado en la estrategia de APS, fortaleciendo y articulando las acciones de promoción, prevención de la enfermedad, en sus dimensiones individual y colectiva; garantizando una respuesta oportuna, eficaz, efectiva y continuidad en el proceso de recuperación de la salud, rehabilitación, cuidados paliativos; con enfoque intercultural, generacional y de género.

- Acercar los servicios de salud a la comunidad reduciendo las barreras de acceso, disminuyendo la inequidad, fortaleciendo la capacidad resolutive del primero y segundo nivel, organizando la funcionalidad del sistema de manera tal que se garantice que el primer nivel atención se constituya en la puerta de entrada obligatoria al sistema de salud y que los hospitales, dependiendo de su capacidad resolutive se conviertan en la atención complementaria del primer nivel de atención.
- Fortalecer la organización territorial de los establecimientos de salud en Red Pública integral y ampliación de la oferta estructurando redes zonales y distritales conforme la nueva estructura desconcentrada de gestión del sector social y la articulación requerida en los diferentes niveles de atención, fortaleciendo el sistema de referencia y contra referencia para garantizar la continuidad en las prestaciones.
- La excelencia en la prestación de servicios en los tres niveles de atención con talento humano capacitado, motivados y comprometido; garantizando el cumplimiento de estándares de calidad en la atención y gestión; la aplicación de las normas, protocolos terapéuticos y guías de manejo clínico por ciclos de vida y niveles de atención establecidos por la ASN; implementación de procesos sistemáticos de auditoría, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas; así como la implementación de un sistema de control de la garantía de la calidad de los servicios que incorpore la percepción de las y los usuarios. En el primer y segundo nivel se incorpora especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y Técnicos de Atención Primaria de Salud.
- Implementación del Sistema Integrado de Telecomunicaciones y el Sistema Único de Información para fortalecer los procesos de atención, gestión y toma de decisiones así como la asesoría, apoyo diagnóstico en línea y los procesos de educación continua.
- Impulsar la participación plena de la comunidad y de los colectivos organizados, generando estrategias y mecanismos organizativos y comunicacionales que faciliten el involucramiento de la población en los procesos de información, planificación, implementación y seguimiento de las acciones de salud, evaluación, veeduría y control social. El sentido de la participación es facilitar el

ejercicio de derechos y responsabilidades en salud, que los individuos, las familias, la comunidad y los grupos organizados se constituyan en SUJETOS ACTIVOS de la construcción y cuidado de la salud.

- El fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y la incorporación de experiencias innovadoras y eficaces como la epidemiología comunitaria que contribuyen a integrar activamente a la población con un sentido de corresponsabilidad en la identificación, análisis y acción frente a las principales condiciones de salud de la comunidad y por otro lado a democratizar el acceso a la información.
- Fortalecer la planificación e intervención intersectorial que permita intervenir sobre los determinantes de la salud, una actuación coordinada y potenciadora para el desarrollo integral de los territorios, el mejoramiento de la calidad de vida y de las condiciones de salud de la población. El enfoque intersectorial contribuye a la consecución de indicadores de impacto social.

#### **2.3.3.2. Principios del modelo de atención integral de salud**

- **Garantía de los derechos de las y los ciudadanos** y la corresponsabilidad en el cumplimiento de los deberes hacia los otros, sus comunidades y la sociedad.

La garantía de derechos implica generar condiciones para el desarrollo de una vida saludable y el acceso universal a servicios de salud integrales, integrados y de calidad, a través de mecanismos de organización, provisión, gestión y financiamiento adecuados y suficientes para cubrir a toda la población, eliminando las barreras de acceso a la salud.

- **Universalidad:** es la garantía de acceso a iguales oportunidades para el cuidado y atención integral de salud de toda la población que habita en el territorio nacional independientemente de la nacionalidad, etnia, lugar de residencia, sexo, nivel de educación, ocupación, ingresos. La articulación y funcionamiento de la Red Pública

Integral de Salud y red complementaria para garantizar el acceso a servicios de excelencia a toda la población.

**Integralidad:** desde una visión multidimensional y biopsicosocial de la salud individual y colectiva, actuando sobre los riesgos y condiciones que afectan la salud; identificando y potenciando los factores protectores de la salud. Articula acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos de las personas, familias, comunidad y su entorno. Interrelaciona y complementa actividades sectoriales, ciudadanas, y los diversos sistemas médicos (medicina formal / medicinas ancestrales / medicinas alternativas).

- **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 las personas; las familias, el control de los riesgos y factores determinantes para la salud y su entorno; atención de cualquier episodio de enfermedad específica hasta su resolución o su rehabilitación.

- **Participativo:** Generando mecanismos que contribuyan a la participación activa de las personas y los colectivos en la toma de decisiones sobre las prioridades de intervención, la asignación y el uso de los recursos, y en la generación de una cultura de corresponsabilidad y auto cuidado.

- **Desconcentrado:** Transferencia de competencias de una entidad administrativa del nivel nacional a otra jerárquicamente dependiente (nivel zonal, distrital, local), 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 el uso adecuado y un mayor rendimiento de los recursos.

Que la expresión médico-paciente que reflejaba la relación entre la comunidad y la institución en el anterior modelo, se cambia a la relación equipo de salud-persona sujeto de derechos o ciudadano.

Que la gestión y atención busque no solo resultados institucionales sino fundamentalmente resultados de impacto social, para mejorar la calidad de vida de la población.

#### **2.3.4. PROGRAMAS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**

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

Por lo general, un programa de salud consta de diversas partes. En principio, se plantea una introducción, con los antecedentes y la misión que cumplirá el programa. Después se realiza un diagnóstico de la situación actual, que puede incluir una síntesis de evaluación de planes similares que se hayan desarrollado con anterioridad.<sup>15</sup>

Los programas tiene carácter nacional, es decir que se deben aplicar en todas las entidades federativas y que deben proyectar se con decisión a los grupos que han carecido de atención de salud.

Todos los programas precisan de la participación de los demás sectores gubernamentales, de los organismos no gubernamentales, de los sectores social y privado y de la comunidad en general, y se centran en la atención de los problemas de salud de la tercera edad de la vida o en ciertos problemas regionales que merecen especial atención.<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> Programas de salud. Disponible en: [en línea] Acceso: 2013-07-02 disponible: <http://definicion.de/programa-de-salud>

<sup>16</sup> ALVARES, Rafael. Salud pública y médica. Manual moderno. 3ª ed. Madrid. 2004

Características generales de los programas en la estrategia de atención primaria:

- a) Garantizar el acceso de toda la población a los servicios de salud esencial. Esto implica, en la realidad, establecer prioridades; la que tiene los grupos rurales y urbano marginados y, dentro de ellos, las familias y los trabajadores expuestos a mayores riesgos.
- b) Acentuar las actividades de promoción y prevención, combinándolas en forma adecuada con las de tratamiento y rehabilitación.
- c) Cumplir con la universalidad (toda la población debe tener acceso a los servicios), la equidad (igual oportunidad de acceso en todos los niveles) y la continuidad (no deben ser esporádicos, como los servicios móviles).<sup>17</sup>

#### **2.3.4.1. PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES. PAI**

##### **Objetivo del PAI**

Contribuir a reducir la morbilidad y mortalidad infantil de las enfermedades prevenibles por vacunación.

##### **Misión del PAI**

Asegurar la inmunización universal y equitativa de la población objeto del Programa, usando vacunas de calidad, gratuitas que satisfagan al usuario, como resultado de aplicar una gerencia y Vigilancia Epidemiológica efectivas y eficientes en todos los niveles, que involucre a los diferentes actores del Sistema Nacional de Salud.

##### **Visión del PAI**

Mantiene el control, la eliminación y la erradicación de las enfermedades inmuno-prevenibles, a través de una Vigilancia Epidemiológica efectiva, oportuna, con vacunación de calidad, gratuita, equitativa y universal. Logrando introducir vacunas de probado costo beneficio y costo efectividad. Con talento humano altamente calificado y desarrollado en todas las esferas.

---

<sup>17</sup> KROGER, Axel; LUNA, Ronaldo. Asistencia primaria de salud. Principios y métodos. 2ª ed. 2010

## **Características del PAI**

- Pilar fundamental en la APS, de alto impacto.
- Probado costo efectividad y costo beneficio.
- Accesible a toda la población.
- Protegido por la ley de vacunas.
- Cumple con los principios de equidad.
- Trasciende más allá de la población materna Infantil.
- Movilizador de voluntades.
- Cuenta con el empoderamiento de los usuarios.

### **2.3.4.2. PROGRAMA DE CONTROL DE LOS DESÓRDENES POR DEFICIENCIA DE YODO. DDY**

#### **Objetivo**

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

#### ***Normas de Control del Programa***

- Nivel de yodo en la sal de expendio: >15 ppm en el 99% de las muestras recolectadas (OMS).
- Nivel de Yodurias con una mediana entre 100- 200 µg/l (OMS).
- Vigilancia epidemiológica activa mediante encuestas de consumo de sal yodada (>99% consumo) (OMS).
- Control a puestos centinela (lugares con alta incidencia de aparición de DDI).
- Control a puestos focales (lugares donde por la situación geográfica o económica no se asegura el consumo de sal yodada).
- Educación y comunicación sobre la importancia del consumo de sal yodada.

### **2.3.4.3. PROGRAMA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA PARA VIH/SIDA-ITS**

#### **Objetivo General**

Disminuir la incidencia de VIH-ITS y la mortalidad por Sida.

#### **Objetivos específicos por componentes**

Promoción y prevención.

Ampliar la cobertura y la calidad de la atención de los servicios de salud del primero y segundo nivel con énfasis en oferta de prueba voluntaria y Manejo Sindrómico - MS-ITS- a los grupos más expuestos y en condiciones de vulnerabilidad.

Diagnóstico oportuno, atención integral, tratamiento, recuperación, rehabilitación o cuidados paliativos.

Ampliar la cobertura y mejorar la calidad de atención de la Red de servicios públicos de atención integral de Personas Viviendo con VIH -PVV.

Información estratégica.

Incrementar el uso oportuno y eficiente de los sistemas de información estratégica (Vigilancia epidemiológica y M&E del VIH/Sida-ITS).

Gobernabilidad y multisectorialidad.

Incrementar la respuesta multisectorial al VIH/Sida-ITS en el Marco del PEM 2007-2015 con énfasis en promoción y prevención de la salud.

Participación ciudadana: Control social de las políticas, planes y proyectos de respuesta integral a cada enfermedad o problema de salud pública.

Ampliar la participación de la ciudadanía en los sistemas de protección y control social en VIH/Sida-ITS.

#### **2.3.4.4. ATENCIÓN INTEGRAL POR CICLOS DE VIDA**

Contribuir a garantizar la atención integral de salud con calidad y calidez en el Sistema Nacional de Salud, considerando los perfiles epidemiológicos por ciclos de vida y los determinantes de la salud de las familias y comunidades, en el marco del Modelo de Atención y Gestión.

#### **2.3.4.5. DETECCIÓN E INTERVENCIÓN TEMPRANA DE LOS TRASTORNOS DEL DESARROLLO**

Reducir el porcentaje de incidencia de discapacidad mediante el desarrollo de planes proyectos y programas de diagnóstico temprano y atención especializada en la población infantil.

#### **2.3.4.6. DETECCIÓN TEMPRANA Y ESCOLAR DE DISCAPACIDADES AUDITIVAS EN EL ECUADOR**

Reducir el porcentaje de incidencia de discapacidad mediante el desarrollo de planes proyectos y programas de diagnóstico temprano y atención especializada en la población infantil (de 0 a 9 años de edad).

#### **2.3.4.7. DISPONIBILIDAD ASEGURADA DE INSUMOS ANTICONCEPTIVOS. DAIA**

Garantizar la entrega oportuna y gratuita de métodos anticonceptivos y contribución a la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Embarazo en Adolescentes.

#### **2.3.4.8. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN.**

Describir la situación de salud reproductiva materna e infantil, de las enfermedades crónicas no trasmisibles, la situación nutricional, la situación del consumo alimentario, del estado de micronutrientes, el acceso a programas de complementación alimentaria y suplementación profiláctica, la actividad física, el acceso a los servicios de salud, el gasto en salud de la población ecuatoriana de 0 –

59 años; considerando las diferencias geográficas, demográficas, étnicas, sociales y económicas , las especificidades de sexo, edad.

#### **2.3.4.9. FORTALECIMIENTO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SANGRE**

Satisfacer los requerimientos transfusionales a nivel nacional para preservar la vida de los pacientes; mediante el procesamiento de la sangre para la producción de hemocomponentes, por parte del Ministerio de Salud Pública.

#### **2.3.4.10. FORTALECIMIENTO DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD**

##### **Objetivos del Proyecto:**

A través del proyecto se fortalecerá el primer nivel de atención como la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud.

##### **Objetivos Específicos:**

1. Financiar obras de infraestructura en establecimientos de salud de primer nivel.
2. Proveer de equipamiento biomédico, informático y mobiliario según la tipología de cada establecimiento de salud del primer nivel.
3. Adquirir e implementar un sistema informático para la gestión integral de salud (SIGIS) de las unidades de atención del Ministerio de Salud Pública para gestionar sus procesos internos en los aspectos técnico-médicos y los servicios que prestan, interrelacionarse entre unidades de los diferentes niveles de atención (primer, segundo y tercer nivel) para garantizar la continuidad de la atención.

#### **2.3.4.11. ESTRATEGIA NACIONAL INTERSECTORIAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y PREVENCIÓN DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES.**

El desconocimiento de la planificación familiar y el incremento de los embarazos adolescentes, son dos grandes y complejos problemas que causan diversos impactos negativos en las mujeres ecuatorianas. Es por ello que el Gobierno Nacional ha puesto en marcha, desde el Estado, la iniciativa conocida como ENIPLA (sigla cuyo significado es Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente).

#### **2.3.5. ACTIVIDADES INTRAMURALES**

- Flujos de atención intramural.
- Adecuación de los servicios de salud para incorporar el enfoque del programa.
- Implementación del parto en posición vertical.
- Prácticas tradicionales en zonas rurales andinas.
- Ambientes de espera familiar cerca de la sala de partos.
- Inclusión de profesionales que hablen quichua en el perfil del puesto para el personal reclutado en zonas andinas.
- Adopción de normas técnicas de atención integral.
- Elaboración de las guías de práctica clínica.
- Incorporar estándares y procedimientos en la atención integral de salud.
- Asegurar el financiamiento para el conjunto de prestaciones garantizadas
- Optimizar los recursos.
- Fortalecer las intervenciones preventivo – promocionales.
- Intervenciones en actividades de prevención del riesgo.
- Garantizar el financiamiento equitativo y sostenible de la atención integral de salud.<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> Programas de salud. Disponible en: [en línea] Acceso: 2013-07-02 disponible: <http://definicion.de/programa-de-salud>

### **2.3.6. ACTIVIDADES EXTRAMURALES**

- Reforzar la organización del sistema de vigilancia comunal.
- Sectorización y censo/empadronamiento a través de la ficha familiar.
- Problemas más frecuentes a nivel individual.
- Problemas a nivel familiar.
- Problemas a nivel comunitario.
- Elaborar los diagnósticos locales.
- Elaboración del plan comunal.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> Programas de salud. Disponible en: [en línea] Acceso: 2013-07-02 disponible: <http://definicion.de/programa-de-salud>

## 2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

**ESTRATEGIA.-** Una estrategia es el conjunto de acciones que se implementarán en un contexto determinado con el objetivo de lograr el fin propuesto (definicionabc.com/general/estrategia.php#ixzz2Zvaom7XZ).

**GÉNERO.-** El concepto de género hace referencia a los estereotipos, roles sociales, condición y posición adquirida, comportamientos, actividades y atributos apropiados que cada sociedad en particular construye y asigna a hombres y mujeres. Todos ellos pueden llevar a desigualdades y, a su vez, estas desigualdades pueden causar inequidad entre hombres y mujeres en el estado de salud y el derecho a la salud. (Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/topics/gender/en/index.html>)

**UNIVERSALIDAD.-** Con origen en el latín *universalis*, la palabra universal se enmarca en el conjunto de los adjetivos porque describe a aquello que pertenece o guarda relación con la idea de universo. Este término abarca todas las cosas que han sido creadas o el grupo de elementos entre los cuales se aprecian ciertos rasgos o particularidades que son objeto de estudios o análisis estadísticos.

**EFICIENCIA.-** La eficiencia es la virtud y facultad para lograr un efecto determinado. Es la acción con la que se logra ese efecto. Es, por lo mismo, indispensable en cualquier actividad, requiriendo su concepción de amplitud y no de restricción.

**EFICACIA.-** Grado en el que se logran los objetivos y metas de un plan; es decir, compara los resultados alcanzados vs los esperados.

**CALIDAD.-** Calidad es el conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confieren capacidad de satisfacer necesidades, gustos y preferencias, y de cumplir con expectativas en el consumidor.

**ROL DE ENFERMERÍA.-** Funciones que abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos,

discapacitados, y personas moribundas. ([www.icn.ch/es/about-icn/icn-definition-of-nursing](http://www.icn.ch/es/about-icn/icn-definition-of-nursing)).

**ACCIÓN INTERSECTORIAL.-** Acción que proviene de un sector distinto al de la salud (educación, transporte, seguridad, etc.) pero que tiene efectos positivos en la salud individual y colectiva. Estas acciones determinan las políticas de salud. La acción intersectorial para la salud intenta armonizar las políticas económicas y sociales con el objetivo de mejorar la salud. ([www.esquemas/glosario.pdf](http://www.esquemas/glosario.pdf)).

**ÁREA DE SALUD.-** Se entiende como tal aquella circunscripción administrativa que agrupa un conjunto de centros y de profesionales de atención primaria bajo su dependencia organizativa y funcional. ([www.msp.gob.ec](http://www.msp.gob.ec))

**ASISTENCIA SANITARIA.-** «El conjunto de las actividades médico-asistenciales que proporciona, tanto a nivel individual como colectivo, una atención de salud integrada a través de programas médico preventivos, curativos, rehabilitadores, de higiene y educación sanitaria» ([www.esquemas/glosario.pdf](http://www.esquemas/glosario.pdf)).

**ATENCIÓN ESPECIALIZADA.-** «Es la que se realiza tanto hospitalaria como extrahospitalariamente y tiene por finalidad la curación y rehabilitación de los ciudadanos, una vez sobrevenidos procesos que requieren asistencia de mayor complejidad técnica» ([www.esquemas/glosario.pdf](http://www.esquemas/glosario.pdf)).

**ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD.-** Debe partir de la concepción de la salud como un proceso de construcción social, y por lo tanto debe tomar en consideración los diversos determinantes del proceso de salud-enfermedad en los ámbitos biológico, económico, ecológico, psicosocial y otros, de los diferentes grupos sociales. Exige, además, tomar en consideración a todos los actores sociales en un proceso de participación democrática, dirigido al desarrollo de las potencialidades y responsabilidades tanto individuales como colectivas. Incluye actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud. (Vargas William. APS en acción).

**ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.-** «Es la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria es parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria» (Declaración de Alma Ata, OMS, Ginebra, 1978).

**CENTRO DE SALUD.-** Se utiliza la definición incluida en el Real Decreto de autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, que dice: “Estructuras físicas y funcionales que posibilitan el desarrollo de una atención primaria de salud coordinada, globalmente, integral, permanente y continuada, y con base en el trabajo en equipo de los profesionales sanitarios y no sanitarios que actúan en el mismo. En ellos desarrollan sus actividades y funciones los Equipos de Atención Primaria” ([www.msp.gob.ec](http://www.msp.gob.ec)).

**COMUNIDAD.-** Grupo específico de personas, que a menudo viven en una zona geográfica definida, comparten la misma cultura, valores y normas, y están organizadas en una estructura social conforme al tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo. Los miembros de una comunidad adquieren su identidad personal y social al compartir creencias, valores y normas comunes que la comunidad ha desarrollado en el pasado y que pueden modificarse en el futuro. Sus miembros tienen conciencia de su identidad como grupo y comparten necesidades comunes y el compromiso de satisfacerlas. (Glosario de Términos utilizado en la serie Salud para Todos, OMS, Ginebra, 1984).

**DESARROLLO DE LA SALUD.-** El desarrollo de la salud es el proceso de mejora continua y progresiva del estado de salud de los individuos y grupos de una población. (Sistema de Información sobre Terminología, OMS, Ginebra, 1997).

**EDUCACIÓN PARA LA SALUD.-** La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad. (Glosario de Términos utilizado en la serie Salud para Todos, OMS, Ginebra, 1984).

**INDICADOR DE SALUD.-** Un indicador de salud es una característica de un individuo, población o entorno susceptible de medición (directa o indirectamente) y que puede utilizarse para describir uno o más aspectos de la salud de un individuo o población (calidad, cantidad y tiempo). (Glosario de Términos utilizado en la serie Salud para Todos, OMS, Ginebra, 1984).

**INTERCULTURALIDAD.-** Describe la interacción entre dos o más culturas de un modo horizontal y sinérgico. Esto supone que ninguno de los conjuntos se encuentra por encima de otro, una condición que favorece la integración y la convivencia armónica de todos los individuos. (<http://es.wikipedia.org/wiki/Interculturalidad>).

**MEDICINA DE FAMILIA.-** Se refiere al número de efectivos o puestos reales asistenciales, o cupos, que hay en cada Área de Salud respecto a este tipo de profesional. Es decir, el número de profesionales en plazas de Medicina de Familia (por tanto con un cupo de población asignada). ([www.msp.gob.ec](http://www.msp.gob.ec)).

**PROMOCIÓN DE LA SALUD.-** La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. (Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra, 1986).

**SALUD PÚBLICA.-** La ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad. (Informe Acheson”, Londres, 1988).

**POLÍTICA SANITARIA.-** Declaración o directriz oficial dentro de las instituciones (especialmente del Gobierno) que define las prioridades y los parámetros de actuación como respuesta a las necesidades de salud, a los recursos disponibles y a otras presiones políticas. ([www.esquemas/glosario.pdf](http://www.esquemas/glosario.pdf)).

**PREVENCIÓN.-** Son acciones destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. (Glosario de Términos utilizado en la serie Salud para Todos, OMS, Ginebra, 1984).

**PROGRAMA DE SALUD.-** Grandes conjuntos que articulan los objetivos, metas, actividades y recursos a ejecutar en un periodo determinado; generalmente se desagregan en proyectos. (Vargas William. APS en acción).

## **2.5. HIPÓTESIS Y VARIABLES**

### **2.5.1. HIPÓTESIS**

EN EL ÁREA N°6 GUANO-PENIPE SE RELACIONA DE FORMA PARCIAL EL ROL DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD CON LA APLICACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD.

### **2.5.2. VARIABLES**

#### **VARIABLE INDEPENDIENTE**

ROL DE LA ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

#### **VARIABLE DEPENDIENTE**

APLICACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL.

## 2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIONES CONCEPTUALES	CATEGORÍAS	INDICADORES	ESCALA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>Rol de la enfermera en APS</p>	<p>Actividades que el personal de enfermería debe realizar en atención primaria de salud.</p>	<p>Actividades de enfermería en APS</p>	<p>Monitoreo, evaluación y análisis de la salud de la población</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mapas parlantes</li> <li>- Control del estado de salud.</li> </ul> <p>La vigilancia, investigación y control de riesgos para la salud pública</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnostico Situacional actualizado</li> </ul> <p>La promoción de la salud</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Educa a la comunidad en enfermedades prevalentes</li> </ul> <p>Aseguramiento de la participación social en la salud</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realiza actividades con la comunidad</li> </ul>	<p>Siempre</p> <p>Ocasionalmente</p> <p>Nunca</p> <p>Si</p> <p>No</p> <p>Siempre</p> <p>Ocasionalmente</p> <p>Nunca</p> <p>Si</p> <p>No</p>	<p>Encuesta a enfermeras del Área N° 6</p> <p>Guía de Observación</p>

			<p>Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utiliza estrategias para ampliar las coberturas</li> </ul>	<p>Siempre Ocasionalmente Nunca</p>	
			<p>Capacitación y desarrollo de los recursos humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitación personal y comunitaria.</li> </ul>	<p>Siempre Ocasionalmente Nunca</p>	
			<p>Seguridad de la calidad de los servicios en salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evalúa la calidad de los servicios en su unidad operativa.</li> </ul>	<p>Si No</p>	
			<p>Investigación en salud pública</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maneja y aplica herramientas epidemiológicas</li> </ul>	<p>Siempre Ocasionalmente Nunca</p>	

			<p>Reducción de la repercusión de las emergencias y desastres en la salud pública</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realiza planes de contingencias para mitigar desastres en la salud pública.</li> <li>- Disponen de rutas de evacuación y puntos de encuentro.</li> </ul>	<p>Si No</p>	
<p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>Modelo de atención integral de salud MAIS.</p>	<p>Programa nacional de salud que involucra políticas de epidemiología comunitaria, con enfoques de derecho, de género, de integralidad, para darle a la atención primaria de salud el carácter de universal, equitativa, con continuidad y eficiencia.</p>	<p>Epidemiología Comunitaria</p> <p>Enfoque de interculturalidad</p> <p>Integración de la salud mental</p> <p>Investigación y capacitación</p>	<p>-Prevalencia de las principales enfermedades de la comunidad</p> <p>-Acciones que se incorpora para favorecer este enfoque</p> <p>-Espacios recreativos</p> <p>-Frecuencia de capacitación</p>	<p>Siempre Ocasionalmente Nunca</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p>	<p>Encuesta a enfermeras del Área N° 6</p> <p>Observación</p>

		Enfoque de derechos	-Aplicación de derechos de los usuarios	Siempre Ocasionalmente Nunca	
			- Preferencias	Si No	
		Enfoque de género	- Atención no diferenciada	Si No	
		Integralidad	- En la atención individual y familiar - A nivel territorial - En la atención por ciclos vitales - En las acciones intersectoriales -En la participación de la comunidad -En la gestión institucional	Siempre Ocasionalmente Nunca	
		Universalidad	-Garantía de acceso a iguales oportunidades	Siempre Ocasionalmente Nunca	
		Equidad	- Diferencias injustas	Siempre Ocasionalmente Nunca	

		Continuidad	-Seguimiento	Si No	
		Eficiencia	- Uso racional de recursos	Si No	
			-Optimización	Si No	
			-Satisfacción de usuarios	Si No	

## CAPÍTULO III

### 3. MARCO METODOLÓGICO

#### 3.1. MÉTODO

Método científico.

Inductivo.- ya que después de una primera etapa de observación, análisis y clasificación de los hechos, se logra postular una hipótesis que brinda una solución al problema planteado.

Deductivo.- ya que se considera que la conclusión se halla implícita dentro de las hipótesis, es decir, que ésta es una consecuencia necesaria de la hipótesis.

- **Tipo de investigación**

Investigación cuali-cuantitativa, de tipo descriptiva, correlacional y analítico.

Cualitativa, porque se analizaron datos de tipo atributo, que caracterizan al personal de enfermería y el cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública.

Cuantitativa, porque se analizaron datos numéricos tabulados, para interpretarlos usando estadística descriptiva.

Descriptiva, porque se necesita conocer cómo actúa el personal de enfermería en sus funciones de acuerdo a la aplicación del Modelo de Atención.

Correlacional, porque se quiere conocer si están relacionadas las variables entre sí, es decir se quiere determinar si existe o no dependencia entre las dos variables, aplicación del programa MAIS y el rol de enfermería.

Analítico, ya que frente al problema planteado, desagregamos el mismo en todas sus partes para observar sus causas, su naturaleza y sus efectos.

- **Diseño de la investigación**

De campo: porque los datos se obtienen directamente del lugar en donde se realizó la investigación: Área N° 6 Guano – Penipe.

- **Tipo de estudio**

Transversal: porque está definida en el tiempo, inició en Junio y finalizó en Noviembre del 2013 y se realizó para una sola medición de las variables.

### **3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **3.2.1. POBLACIÓN**

Personal de enfermería del Área N° 6 Guano – Penipe. (40)

Muestra: no se toma por que la población es pequeña.

### **3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **Técnicas**

Encuestas al Personal de Enfermería del Área N° 6: (para conocer cuál ha sido su rol en la aplicación de la APS en relación con el MAIS).

Guía de Observación: (para evaluar los parámetros de desempeño del personal de enfermería en la aplicación del MAIS).

#### **Instrumentos**

- Cuestionario de encuestas.
- Guía de observación.

### **3.4. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

Se tabuló la información para determinar a través de estadística descriptiva la distribución de frecuencias absolutas y relativas para datos individuales o agrupados, luego éstos se representaron en gráficos de barras y circulares para permitir mayor facilidad de interpretación de respuestas.

## CAPÍTULO IV

### 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

#### ÁREA N°6 GUANO – PENIPE

*Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de la salud de la población*

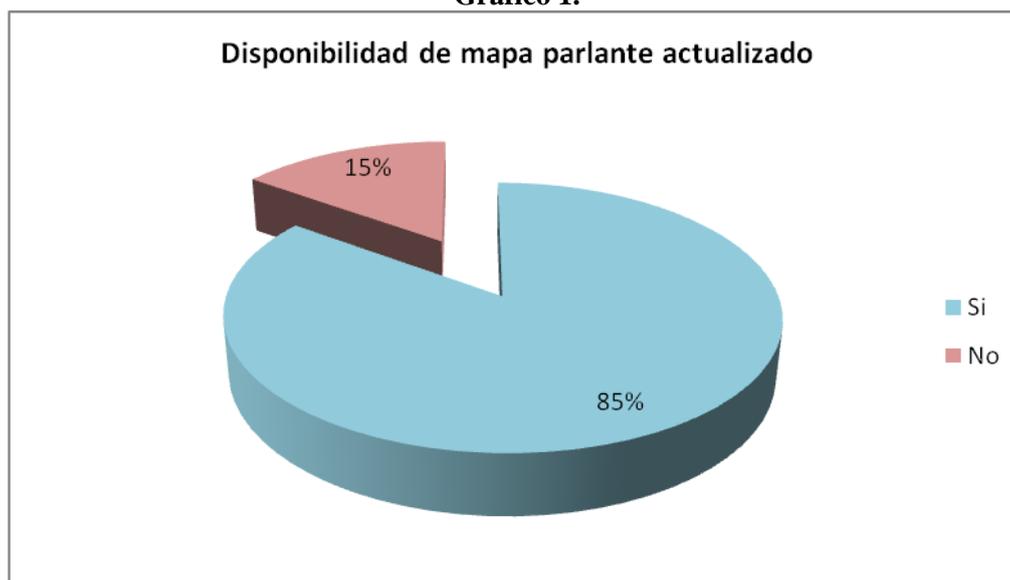
**Cuadro 1. Disponibilidad de mapas parlantes actualizado.**

Indicadores	Nº	%
Si	34	85
No	6	15
TOTAL	40	100

*Fuente: Encuesta al personal de enfermería del Área N° 6 Guano-Penipe*

*Elaborado por: Gabriela Toro y Andrea Jiménez*

**Gráfico 1.**



*Fuente: Encuesta al personal de enfermería del Área N° 6 Guano-Penipe*

*Elaborado por: Gabriela Toro y Andrea Jiménez*

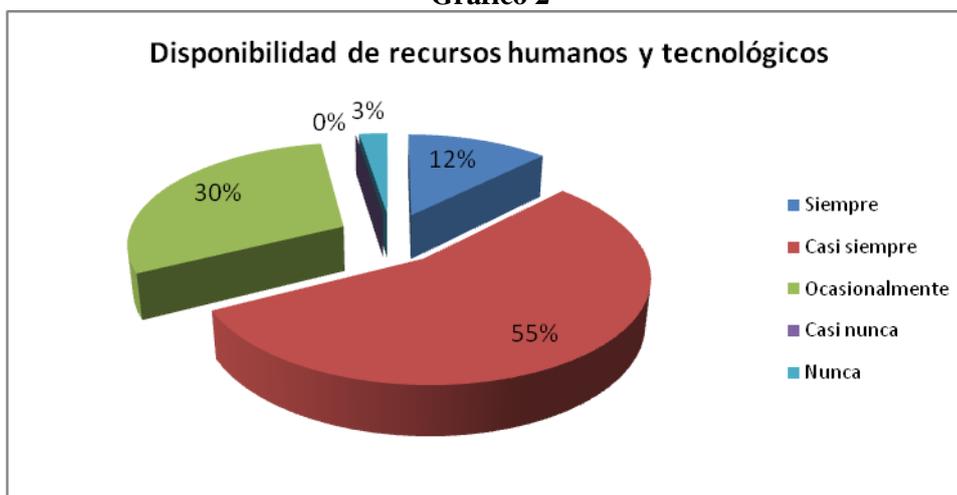
**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.-** El 85% de enfermeras encuestadas que pertenecen a al área N° 6 Guano-Penipe, manifiestan que si se dispone de esta herramienta de seguimiento y evaluación actualizada, mientras que el 15% aseguran no contar con un mapa parlante actualizado. El cumplimiento de esta recomendación del programa MAIS-FCI, se da por la continua supervisión que se realiza por parte de las autoridades de salud provincial, en tanto el 15% no cumple con esta herramienta por falta de tiempo e iniciativa del personal que elabora dentro de estas áreas.

**Cuadro 2. Disponibilidad de recursos humanos y tecnológicos**

Indicadores	Nº	%
Siempre	5	12
Casi siempre	22	55
Ocasionalmente	12	30
Casi nunca	0	0
Nunca	1	3
TOTAL	40	100

*Fuente: Encuesta al personal de enfermería del Área N° 6 Guano-Penipe  
Elaborado por: Gabriela Toro y Andrea Jiménez*

**Gráfico 2**



*Fuente: Encuesta al personal de enfermería del Área N° 6 Guano-Penipe  
Elaborado por: Gabriela Toro y Andrea Jiménez*

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.-** De acuerdo a las encuestas, se determina que el 55% de enfermeras opinan que en sus unidades si se dispone de suficientes recurso humanos y tecnológicos, para el seguimiento y control del estado de salud de la población. El 30% asegura que solo de manera ocasional se satisface este requerimiento, el 12% manifiesta que esto ocurre siempre y el 3% que no se da, por que muchas de las áreas quedan en el sector rural, son áreas pequeñas y no disponen de tiempo ni transporte para su abastecimiento continuo.

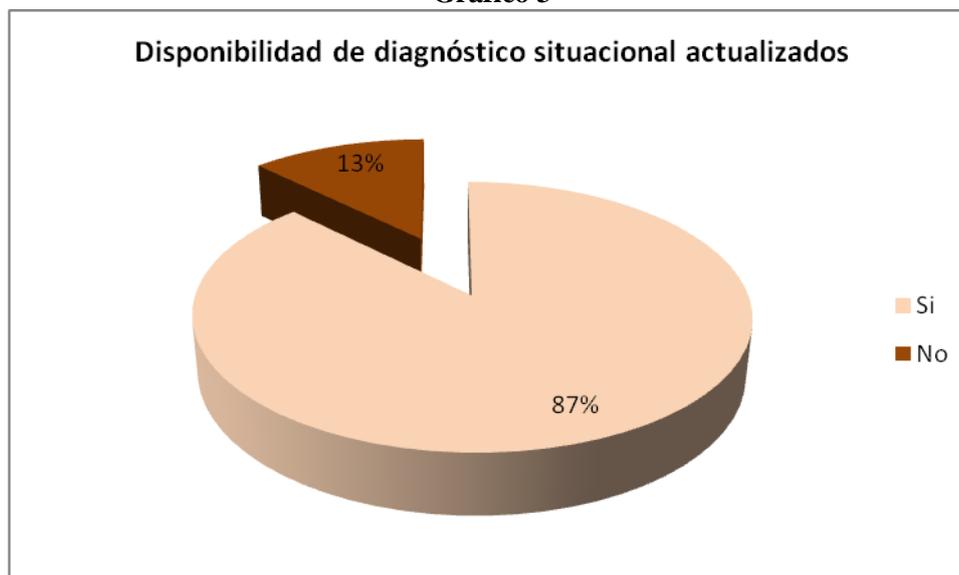
*Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública*

**Cuadro 3. Disponibilidad de diagnóstico situacional actualizados**

Indicadores	Nº	%
Si	35	87
No	5	13
TOTAL	40	100

*Fuente: Encuesta al personal de enfermería del Área Nº 6 Guano-Penipe  
Elaborado por: Gabriela Toro y Andrea Jiménez*

**Gráfico 3**



**Fuente:** Encuesta al personal de enfermería del Área Nº 6 Guano-Penipe  
**Elaborado por:** Gabriela Toro y Andrea Jiménez

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.-** El 87% del personal de enfermería encuestado, aseguran tener en sus unidades de salud, diagnósticos situacionales actualizados, y el 13% manifiesta que no poseen estos diagnósticos situacionales, útiles para la vigilancia de la salud pública y control de riesgos. El problema con el 13% que no dispone de diagnósticos situacionales, es que no cuentan con referencias sobre aspectos débiles que se tienen que corregir, de esta forma, se mantienen en una situación crítica que no les permite desarrollarse y adaptarse al Modelo de Atención Integral de Salud.

## Promoción de la Salud

**Cuadro 4. Promoción en la comunidad del autocuidado**

Indicadores	Nº	%
Si	35	87
No	5	13
TOTAL	40	100

*Fuente: Encuesta al personal de enfermería del Área Nº 6 Guano-Penipe*

*Elaborado por: Gabriela Toro y Andrea Jiménez*

**Gráfico 4**



*Fuente: Encuesta al personal de enfermería del Área Nº 6 Guano-Penipe*

*Elaborado por: Gabriela Toro y Andrea Jiménez*

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.-** En cuanto a la promoción de la salud, mediante el autocuidado, el 87% de enfermeras considera que si se realiza esta actividad, por cuanto es una herramienta para la disminución de enfermedades prevalentes en la población, el 13% no coincide con esta aseveración. Se puede determinar que en las unidades operativas no se promociona el autocuidado de las enfermedades prevalentes, por la demanda de actividades que debe cumplir la enfermera en su jornada laboral.

## *El aseguramiento de la participación social en la salud*

**Cuadro 5. Trabajos en la comunidad sobre políticas saludables**

Indicadores	Nº	%
Siempre	13	32
Casi siempre	15	37
Ocasionalmente	9	23
Casi nunca	0	0
Nunca	3	8
TOTAL	40	100

*Fuente: Encuesta al personal de enfermería del Área N° 6 Guano-Penipe  
Elaborado por: Gabriela Toro y Andrea Jiménez*

**Gráfico 5**



*Fuente: Encuesta al personal de enfermería del Área N° 6 Guano-Penipe  
Elaborado por: Gabriela Toro y Andrea Jiménez*

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.-** En cuanto al aseguramiento de la participación social en salud, mediante la realización de trabajos en la comunidad sobre políticas saludables, el 32% de encuestadas manifiesta que siempre se realizan este tipo de actividades, el 37% que se lo hace casi siempre, el 23% que se lo hace de manera ocasional, y el 8% que nunca se las realiza, por que no conocen sobre las políticas saludables, lo cual dificulta el trabajo conjunto con la comunidad, interfiriendo en las actividades que ayudaría a promocionar la salud.

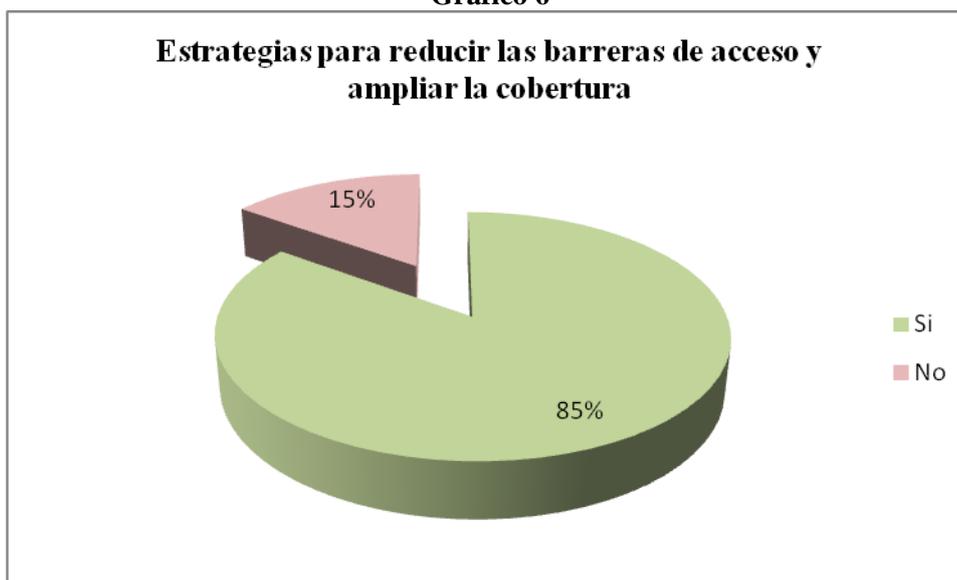
## *Evaluación y promoción del acceso equitativo de los servicios de salud*

**Cuadro 6. Estrategias para reducir las barreras de acceso y ampliar la cobertura.**

Indicadores	Nº	%
Si	34	85
No	6	15
TOTAL	40	100

*Fuente: Encuesta al personal de enfermería del Área Nº 6 Guano-Penipe  
Elaborado por: Gabriela Toro y Andrea Jiménez*

**Gráfico 6**



*Fuente: Encuesta al personal de enfermería del Área Nº 6 Guano-Penipe  
Elaborado por: Gabriela Toro y Andrea Jiménez*

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.-** Con respecto al acceso equitativo a los servicios de salud, el 85% del personal de enfermería encuestado, manifiesta que si se utilizan estrategias para reducir las barreras de acceso y ampliar coberturas, pero el 15% opina lo contrario. El problema que enfrentan los centros de salud que no han implementado estrategias que eliminen las barreras de acceso a los servicios, es de que no podrán cumplir con los indicadores de producción en atención, con la consecuente baja cobertura, Debería haber mayor captación de pacientes visitando sus domicilios y fortaleciendo el trabajo de los promotores de la salud.

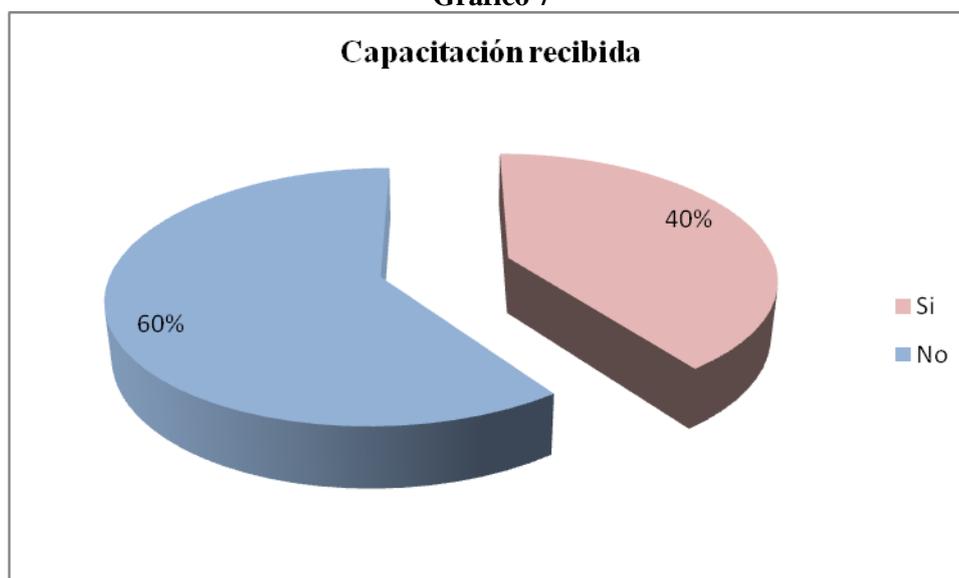
## Capacitación y desarrollo de los recursos humanos

**Cuadro 7. Capacitación recibida**

Indicadores	Nº	%
Si	16	40
No	24	60
TOTAL	40	100

*Fuente:* Encuesta al personal de enfermería del Área N° 6 Guano-Penipe  
*Elaborado por:* Gabriela Toro y Andrea Jiménez

**Gráfico 7**



*Fuente:* Encuesta al personal de enfermería del Área N° 6 Guano-Penipe  
*Elaborado por:* Gabriela Toro y Andrea Jiménez

### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.-**

El 40% del personal de enfermería del área N°6 (N=16), han recibido capacitación y el 60% no fueron capacitadas. Es considerable el porcentaje de enfermeras que no han sido capacitadas, por la falta de coordinación y porque no hay quien le sustituya o remplace en su área de trabajo, perdiendo la oportunidad de desarrollarse profesionalmente, a pesar de que se sabe que la actualización de conocimientos es muy importante y se refleja en la calidad de atención que se entrega a los pacientes.

**Tabla 2. OPINIÓN**

<b>TEMAS</b>	<b>PARTICIPACIÓN</b>
<b>Influenza</b>	En el tema sobre influenza se han capacitado 5 profesionales del área N° 6, sin duda es un tema de gran interés por tratarse de una enfermedad de alta prevalencia. Es una enfermedad que afecta la nariz, la garganta y los pulmones. La influenza es causada por los virus de la influenza. Se transmite con facilidad y puede causar problemas graves, especialmente en niños muy pequeños, adultos mayores y las personas que tienen ciertos problemas médicos de largo plazo, tales como el asma y la diabetes.
<b>EDAS</b>	Sobre enfermedades diarreicas agudas, fueron capacitadas 6 profesionales, Este tema es muy importante, puesto que la incidencia de EDAS es alta, sobre todo en el sector rural y en la población infantil. Las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años. Son enfermedades prevenibles y tratables.
<b>Inmunizaciones</b>	En inmunizaciones fueron capacitadas 4 profesionales de enfermería. La inmunización es una herramienta útil para el control de enfermedades infecciosas graves y se estima que evita 2 millones de muertes cada año, según la Organización Mundial de la Salud, también reducen los niveles de contagio, disminuyendo la presión en los sistemas de salud, lo cual ahorra dinero para ser usado en otros servicios en el sector. La inmunización porque es una inversión efectiva de bajo costo si se desarrollan estrategias para alcanzar a las comunidades más alejadas y vulnerables.
<b>IRAS</b>	En el tema de infecciones respiratorias agudas, fueron capacitadas 3 profesionales de enfermería. Las infecciones respiratorias agudas constituyen el principal motivo de consulta ambulatoria en niños y adultos de ambos sexos, especialmente durante los meses de más bajas temperaturas
<b>Tb</b>	Sobre tuberculosis pulmonar se capacitaron 3 profesionales. Se puede adquirir por la inhalación de gotitas de agua provenientes de la tos o el estornudo de una persona infectada. La infección pulmonar resultante se denomina tuberculosis primaria.

*Fuente:* Encuesta al personal de enfermería del Área N° 6 Guano-Penipe

*Elaborado por:* Gabriela Toro y Andrea Jiménez

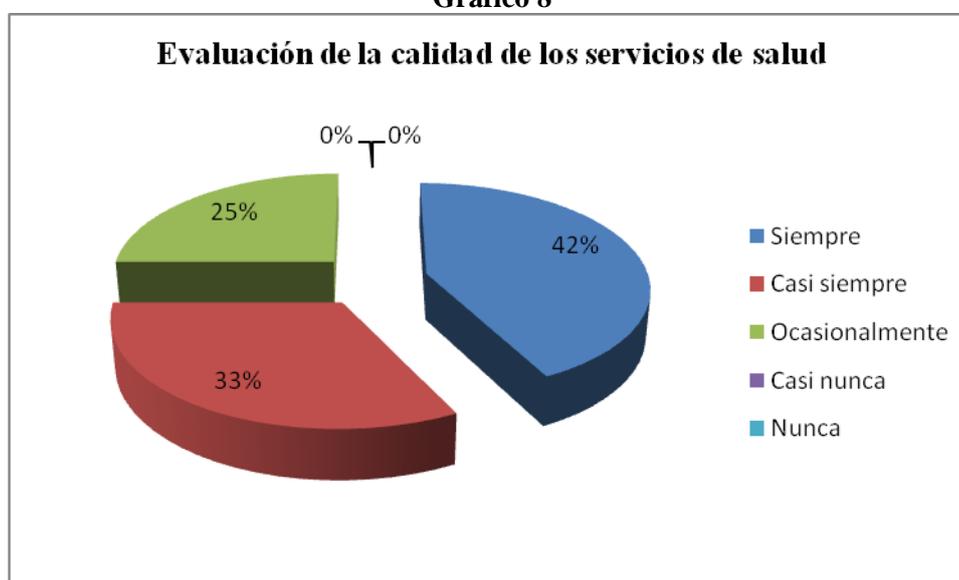
## Seguridad de la calidad de los servicios en salud

**Cuadro 8. Evaluación de la calidad de los servicios de salud**

Indicadores	Nº	%
Siempre	17	42
Casi siempre	13	33
Ocasionalmente	10	25
Casi nunca	0	0
Nunca	0	0
TOTAL	40	100

*Fuente: Encuesta al personal de enfermería del Área N° 6 Guano-Penipe  
Elaborado por: Gabriela Toro y Andrea Jiménez*

**Gráfico 8**



*Fuente: Encuesta al personal de enfermería del Área N° 6 Guano-Penipe  
Elaborado por: Gabriela Toro y Andrea Jiménez*

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.-** Para el 42% de enfermeras, en sus unidades operativas siempre se realizan evaluaciones de la calidad del servicio. El 33% afirma que se lo hace casi siempre y el 25% se realiza de manera ocasional. Se observa que es alto el porcentaje de centros de salud que no dan cumplimiento estricto a la evaluación continua, por la ubicación y la falta de tiempo siendo así difícil corregir aspectos débiles u optar por estrategias de cambio que mejoren la situación actual.

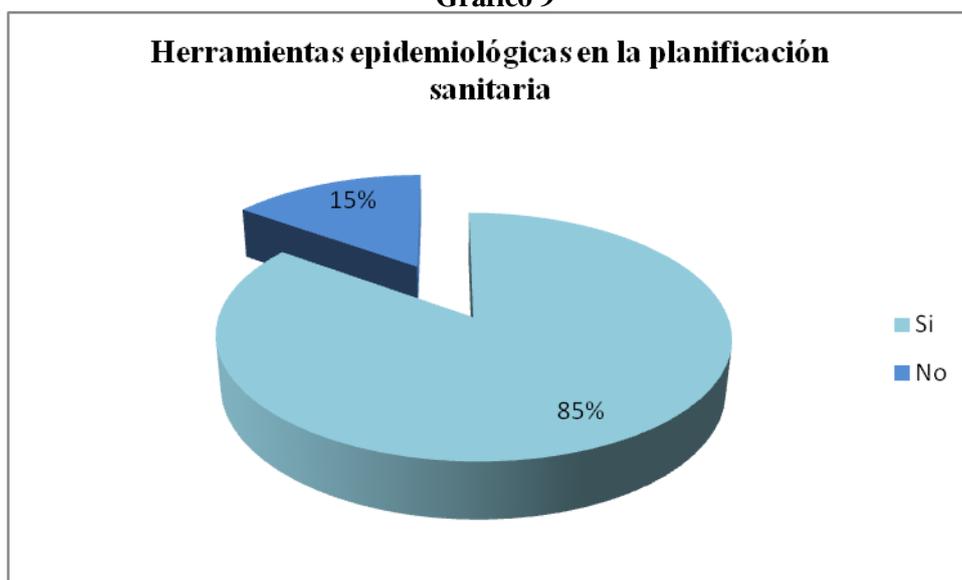
## Investigación en salud pública

**Cuadro 9. Herramientas epidemiológicas en la planificación sanitaria.**

Indicadores	Nº	%
Si	34	85
No	6	15
TOTAL	40	100

*Fuente: Encuesta al personal de enfermería del Área N° 6 Guano-Penipe  
Elaborado por: Gabriela Toro y Andrea Jiménez*

**Gráfico 9**



*Fuente: Encuesta al personal de enfermería del Área N° 6 Guano-Penipe  
Elaborado por: Gabriela Toro y Andrea Jiménez*

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.-** El 85% de enfermeras si aplica herramientas epidemiológicas en la planificación sanitaria, .El 15% no aplica este tipo de herramientas. Al no manejar y aplicar herramientas epidemiológicas, no se siguen las recomendaciones que constan en los programas de salud para enfermedades prevalentes y puedes ser que al descuidar este aspecto importante, exista mayor propagación de las enfermedades en la población.

## *Reducción de la repercusión de las emergencias y desastres en la salud pública*

**Cuadro 10. Planes de contingencia para mitigar desastres en la salud**

Indicadores	Nº	%
Si	35	87
No	5	13
TOTAL	40	100

*Fuente: Encuesta al personal de enfermería del Área Nº 6 Guano-Penipe  
Elaborado por: Gabriela Toro y Andrea Jiménez*

**Gráfico 10**



*Fuente: Encuesta al personal de enfermería del Área Nº 6 Guano-Penipe  
Elaborado por: Gabriela Toro y Andrea Jiménez*

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.-** En opinión del 87% de enfermeras, sus unidades si cuentan con planes de contingencia para mitigar desastres en salud pública, pero el 13% afirma no contar con planes de contingencia. El problema que se presenta en aquellos centros de salud que no poseen los planes de contingencia, es que no sabrían como actuar frente a una situación no deseada como son los desastre Siempre es mejor estar prevenido y además hacer simulacros que permitan observar la posible respuesta del personal de enfermería y de la población.

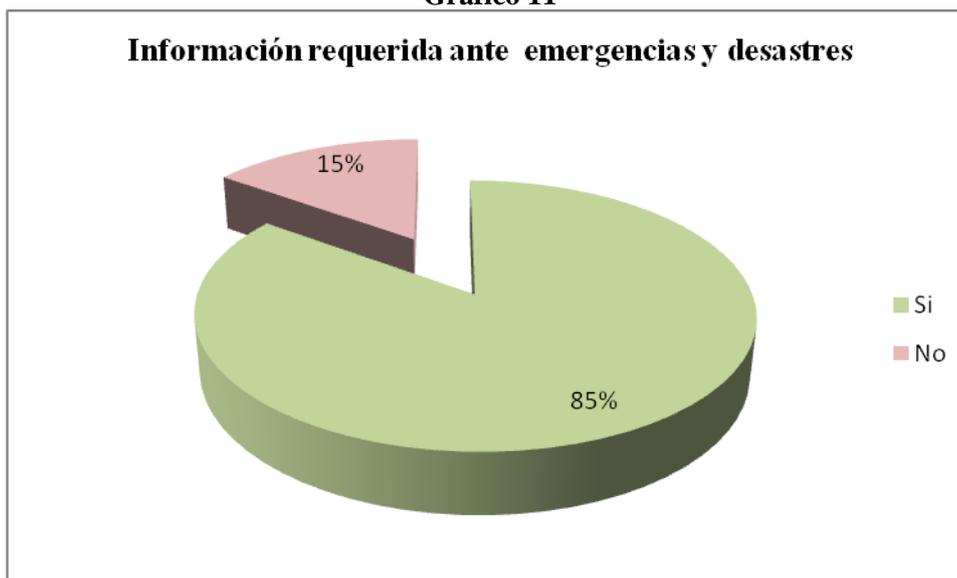
**Cuadro 11. Información requerida ante emergencias y desastres**

Indicadores	Nº	%
Si	34	85
No	6	15
TOTAL	40	100

*Fuente: Encuesta al personal de enfermería del Área Nº 6 Guano-Penipe*

*Elaborado por: Gabriela Toro y Andrea Jiménez*

**Gráfico 11**



*Fuente: Encuesta al personal de enfermería del Área Nº 6 Guano-Penipe*

*Elaborado por: Gabriela Toro y Andrea Jiménez*

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.-** El 85% de encuestadas aseguran que en sus unidades si existe de disponibilidad de información referente a rutas de evacuación, puntos de encuentro en lugares seguros, para mitigar efectos ante emergencias y desastres. El 15% refiere que no, lo cual es un problema para estos centros de salud ya que al no contar con este tipo de información, no podrán actuar de manera correcta ante una emergencia, ni conocer cuál es la ruta segura a seguir y estarán expuestas a mayor riesgo.

## APLICACIÓN DEL PROGRAMA MAIS - FCI

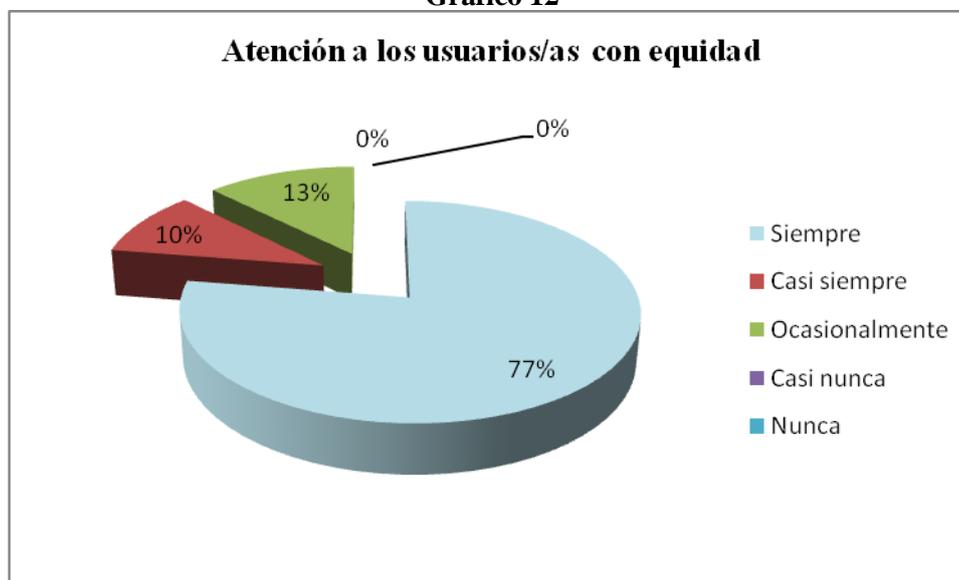
**Cuadro 12. Atención a los usuarios/as con equidad**

Indicadores	Nº	%
Siempre	31	77
Casi siempre	4	10
Ocasionalmente	5	13
Casi nunca	0	0
Nunca	0	0
TOTAL	40	100

*Fuente:* Encuesta al personal de enfermería del Área N° 6 Guano-Penipe

*Elaborado por:* Gabriela Toro y Andrea Jiménez

**Gráfico 12**



*Fuente:* Encuesta al personal de enfermería del Área N° 6 Guano-Penipe

*Elaborado por:* Gabriela Toro y Andrea Jiménez

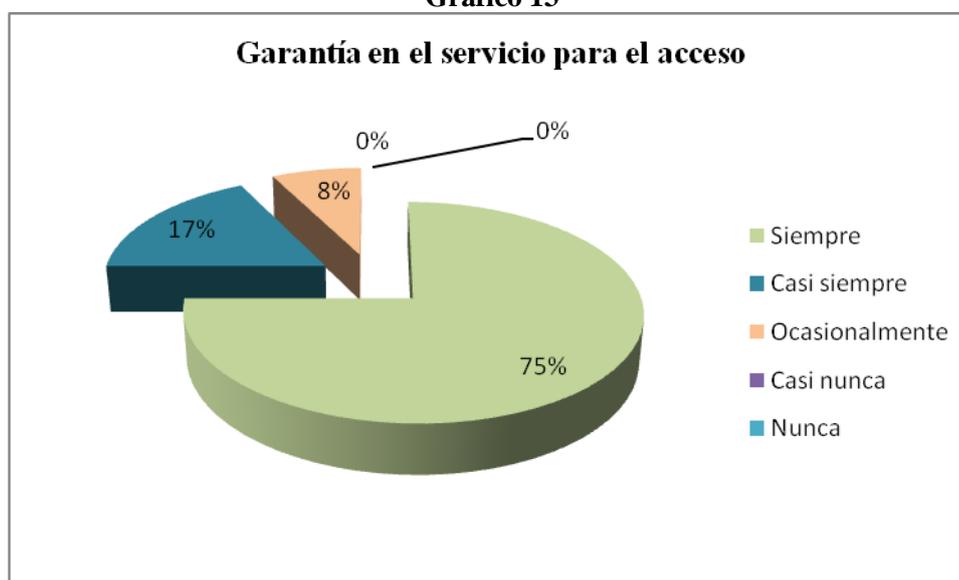
**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.-** La atención a los usuarios/as por igual, sin importar su condición socio-cultural, ni su género, respetando siempre sus derechos, es un postulado del programa MAIS-FCI, que según el 77% de enfermeras se cumple siempre en sus unidades operativas. El 10% considera que el cumplimiento es casi siempre y el 13% es solo de manera ocasional, por que aun existe prejuicios en la atención al usuario, incumpliendo con el postulado del programa, perjudicando así a los pacientes que acuden al centro de salud.

**Cuadro 13. Garantía en el servicio para el acceso**

Indicadores	Nº	%
Siempre	30	75
Casi siempre	7	17
Ocasionalmente	3	8
Casi nunca	0	0
Nunca	0	0
TOTAL	40	100

*Fuente: Encuesta al personal de enfermería del Área N° 6 Guano-Penipe  
Elaborado por: Gabriela Toro y Andrea Jiménez*

**Gráfico 13**



*Fuente: Encuesta al personal de enfermería del Área N° 6 Guano-Penipe  
Elaborado por: Gabriela Toro y Andrea Jiménez*

### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.-**

El 75% del personal de enfermería del área N° 6 afirman que cumplen siempre. Un 17% considera que se cumple casi siempre con la aplicación del principio de equidad y el 8% considera que el cumplimiento es solo ocasional, debido a que la población desconoce a que áreas de salud pertenece dificultando así la atención con plano de igualdad, se debe tener en cuenta que la misión principal del sector salud es de entregar una atención de calidad y sin establecer diferencias.

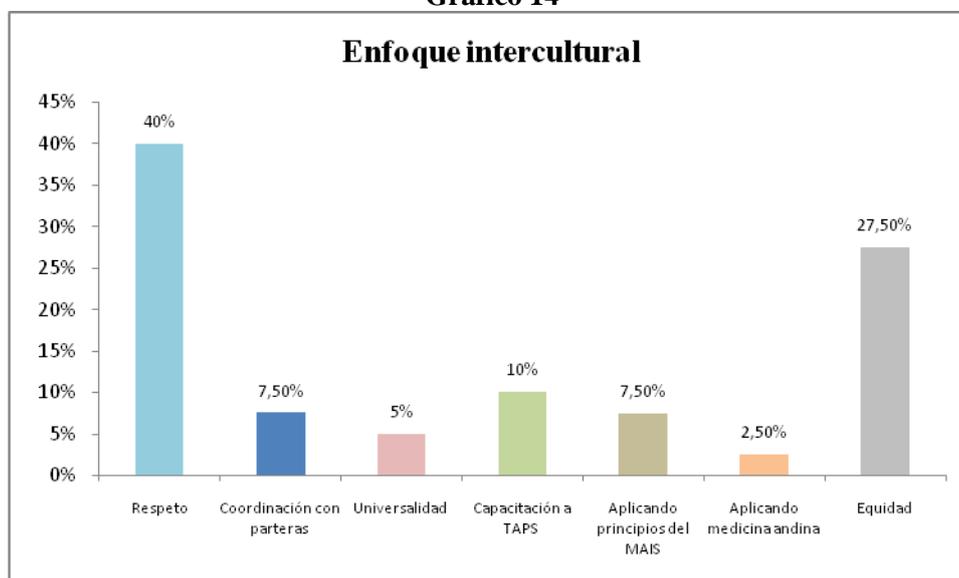
**Cuadro 14. Enfoque intercultural**

Indicadores	Nº	%
Respeto	16	40
Coordinación con parteras	3	7.5
Universalidad	2	5
Capacitación a TAPS	4	10
Aplicando principios del MAIS	3	7.5
Aplicando medicina andina	1	2.5
Equidad	11	27.5
TOTAL	40	100

*Fuente: Encuesta al personal de enfermería del Área Nº 6 Guano-Penipe*

*Elaborado por: Gabriela Toro y Andrea Jiménez*

**Gráfico 14**



*Fuente: Encuesta al personal de enfermería del Área Nº 6 Guano-Penipe*

*Elaborado por: Gabriela Toro y Andrea Jiménez*

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.-** Con el fin de afianzar el enfoque intercultural, el 40% de enfermeras manifiestan que en sus unidades han incorporado el respeto hacia los usuarios externos, el 27.5% la equidad, el 10% la capacitación a los TAPS, el 7.5% realizan coordinación con parteras, un porcentaje igual aplican los principios del programa MAIS-FCI, el 5% la universalidad y el 2.5% aplicando medicina andina. Lo que refleja que solo el 2.5% han implementado el enfoque de interculturalidad, aplicando la medicina alternativa, el parto cervical y respetando su cultura, mientras tanto la mayoría de interpretaciones de las áreas de salud, no reconoce en lo mínimo la gestión y atención de la salud Intercultural.

## Integralidad

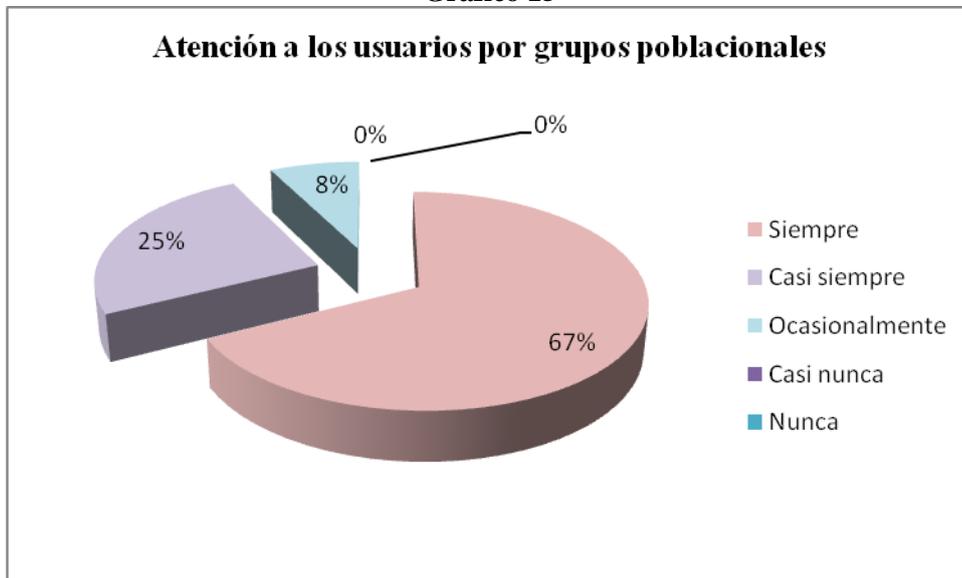
**Cuadro 15. Atención a los usuarios por grupos poblacionales**

Indicadores	Nº	%
Siempre	27	67
Casi siempre	10	25
Ocasionalmente	3	8
Casi nunca	0	0
Nunca	0	0
TOTAL	40	100

*Fuente:* Encuesta al personal de enfermería del Área N° 6 Guano-Penipe

*Elaborado por:* Gabriela Toro y Andrea Jiménez

**Gráfico 15**



*Fuente:* Encuesta al personal de enfermería del Área N° 6 Guano-Penipe

*Elaborado por:* Gabriela Toro y Andrea Jiménez

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.-** El 67% del personal de enfermería del área N° 6 afirman que siempre el usuario externo es tratado como un ser biopsicosocial, un 25% opina que esto se da casi siempre y el 8% de manera ocasional esto se da por la demanda de pacientes, falta de tiempo, falta de personal. Con esto se corre el riesgo de que los pacientes no sean tratados como seres únicos, y pasen a formar parte de las largas colas de los pacientes que esperan ser atendidos.

## Continuidad

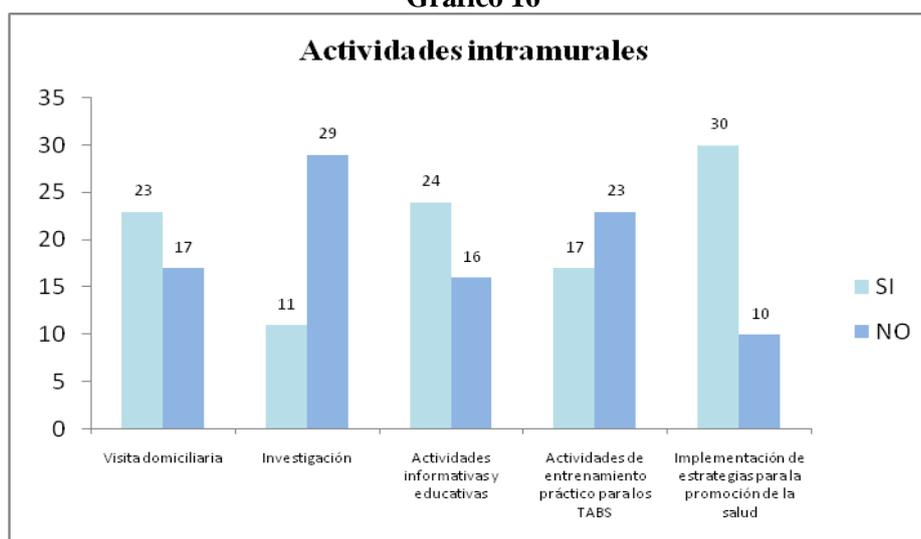
**Cuadro 16. Actividades intramurales**

Indicadores	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	N	%
Visita domiciliaria	23	57.5	17	42.5	40	100
Investigación	11	27.5	29	72.5	40	100
Actividades informativas y educativas	24	60	16	40	40	100
Actividades de entrenamiento práctico para los TAPS	17	42.5	23	57.5	40	100
Implementación de estrategias para la promoción de la salud	30	75	10	25	40	100

*Fuente:* Encuesta al personal de enfermería del Área N° 6 Guano-Penipe

*Elaborado por:* Gabriela Toro y Andrea Jiménez

**Gráfico 16**



*Fuente:* Encuesta al personal de enfermería del Área N° 6 Guano-Penipe

*Elaborado por:* Gabriela Toro y Andrea Jiménez

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.-** De acuerdo a los resultados obtenidos por medio de las encuestas aplicadas, las visitas domiciliarias la realizan el 57.5% del personal de enfermería, Actividades de investigación es realizada por el 27.5%. Las actividades educativas lo hacen el 60%, Actividades de entrenamiento práctico a TAPS lo ejecutan el 42.5% y la implementación de estrategias la practican el 75% del personal. La implementación de estrategias no se las practica al 100% como manifiestan las encuestadas puesto que como actividades intramurales constan todas cada una de las actividades descritas y un mínimo porcentaje aplican lo que dice el modelo.

**Tabla 3. RESULTADOS DE LA OBSERVACIÓN REALIZADA A LOS CENTROS DE SALUD Y SU PERSONAL DEL ÁREA N°6 GUANO – PENIPE**

	INDICADORES OBSERVADOS de APS
1	Disponibilidad de mapas parlantes actualizado.
2	Disponibilidad de recursos humanos y tecnológicos, para el seguimiento y control del estado de salud de la población.
3	Disponibilidad de diagnóstico situacional actualizados (ASIS) de la Unidad Operativa.
4	Promoción en la comunidad del autocuidado de la salud de acuerdo a las enfermedades prevalentes.
5	Realización de trabajos en la comunidad sobre políticas saludables.
6	Utilización de estrategias para reducir las barreras de acceso y ampliar la cobertura.
7	Capacitación recibida en los últimos 3 meses.
8	Evaluación de la calidad de los servicios de salud en su Unidad Operativa.
9	Manejo y aplicación de herramientas epidemiológicas en la planificación sanitaria.
10	Existencia en el área de un plan de contingencia para mitigar desastres en la salud pública. Disponibilidad de información referente a rutas de evacuación, puntos de encuentro en lugares seguros, para mitigar efectos ante emergencias y desastres.

INDICADORES OBSERVADOS del MAIS-FCI	
1	Atención a usuarios/as con equidad, respetando sus derechos.
2	Garantía en el servicio para el acceso conforme a su elección en el plano de la igualdad.
3	Elementos que incorporan en el servicio de la atención el enfoque intercultural: Coordinación con parteras.
4	Elementos que incorporan en el servicio de la atención el enfoque intercultural: Medicina andina.
5	Integralidad: Atención a los usuarios del área de salud como seres biopsicosociales respondiendo a las necesidades locales y a los grupos poblacionales (ciclos vitales), para mejorar la calidad de vida de la población.
6	Aplica las actividades intramurales, garantizando la continuidad en la prestación de servicios al individuo, familia y comunidad.

**Tabla 4. OBSERVACIÓN**

Escala del indicador (APS)	N° DE CENTROS DE SALUD																						TOTAL	PORCENT AGE
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	N°	%
REGULAR 0 – 2					*			*		*		*						*			*	*	7	31.81%
BUENO 3 – 5				*					*						*		*		*				5	22.72%
MUY BUENO 6 – 8		*	*			*	*						*	*							*		7	31.81%
EXCELENTE 9 – 10	*										*						*						3	13.66%
																						<b>22</b>	100 %	
Escala del indicador (MAIS-FCI)	N° DE CENTROS DE SALUD																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22		%
REGULAR 0-1					*			*			*							*			*		5	22.74%
BUENO 2-3				*		*	*		*	*					*		*		*			*	9	40.90%
MUY BUENO 4-5	*	*	*								*		*	*		*					*		8	36.36%
EXCELENTE 6																							0	0
																						<b>22</b>	100 %	

*Fuente:* Observación a los Centros de Salud del Área N° 6 Guano-Penipe

*Elaborado por:* Gabriela Toro y Andrea Jiménez

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.-** De acuerdo a la escala establecida, se observa que 12 centros de salud que pertenecen al área N° 6 cumplen con un rango de 0-2 indicadores 7 unidades, que equivalen al 31.81% que los ubica en la categoría de REGULAR en el cumplimiento de atención primaria de salud, mediante la observación establecimos que se da por la falta de personal de enfermería, puesto que muchos de los centros son atendidos por personal rotativo, el cual no es estable,

impidiendo que se realice un trabajo consecutivo en la aplicación de APS, otro factor es la ubicación geográfica la cual impide la accesibilidad a los usuarios impidiendo una atención de calidad y seguimiento continuo. En relación con la aplicación del MAIS FC-I, 5 unidades que representan el 22.74% están en categoría regular por el desconocimiento y la falta de capacitación de las herramientas que maneja este programa. Siendo este el mayor problema que enfrentan dichas áreas al momento de aplicar el enfoque intercultural y la equidad en la prestación de servicios en el plano de igualdad.

Luego se encuentra 5 unidades que son el 22.72% en un rango de 3-5 indicadores, que les ubica en la categoría de BUENO en el cumplimiento de atención primaria de salud y 9 unidades que representan el 40.90% en la aplicación del MAIS FC-I.

Se observa que 7 unidades que representan el 31.81%, cumplen con un rango de 6-8 indicadores en APS, que les ubica en la categoría de MUY BUENO en el cumplimiento de atención primaria de salud y 8 que son el 36.36% en MAIS FC-I.

Se pudo observar que 3 unidades que son el 13.66%, cumplen con un rango de 9-10 indicadores, que les ubica en la categoría de EXCELENTE en el cumplimiento de atención primaria de salud siendo estas las áreas mas grandes, abastecidas de recursos tecnológicos y humanos, además son capacitadas continuamente, cuentan con personal definitivo. Esta es una ventaja ante las otras unidades de salud en la aplicación de APS, pero se puede evidenciar fallas al momento de la aplicación del Modelo de Atención Integral de salud FC-I contando con un rango de MUY BUENO lo cual se da por la falta de conocimiento y actualización del modelo anualmente y el cual habla de forma general y no especifica funciones del personal de salud en especial del rol de enfermería.

## COMPRABACIÓN DE HIPÓTESIS

Se determinó si existe o no relación entre la atención de enfermería en APS y la aplicación del programa MAIS-FCI

Se utilizó la prueba de  $X^2$

**Tabla 5. CRUCE DE VARIABLES**

Indicadores APS * Indicadores MAIS-FCI						
			Indicadores MAIS-FCI			Total
			Muy bueno	Bueno	Regular	
Indicadores APS	Excelente	Observado	2	1	0	3
		Esperado	1.1	1.2	.7	3.0
	Muy bueno	Observado	5	2	0	7
		Esperado	2.5	2.9	1.6	7.0
	Bueno	Observado	1	3	1	5
		Esperado	1.8	2.0	1.1	5.0
	Regular	Observado	0	3	4	7
		Esperado	2.5	2.9	1.6	7.0
Observado		Observado	8	9	5	22
		Esperado	8.0	9.0	5.0	22.0

El resultado de la prueba es:

**Prueba: Chi-Cuadrado**

	Valor	Grados de libertad	Probabilidad
Chi- Cuadrado	15.832	6	.048

El valor de la probabilidad es:  $0.048 < 0.05$

Por tanto: Se acepta la Hipótesis de investigación: “EN EL ÁREA N° 6 GUANO – PENIPE EL ROL DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD SE RELACIONA DE FORMA PARCIAL CON LA APLICACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD “

Demostrando con el cruce de variables, que se cumple de manera parcial puesto que las herramientas que utiliza el personal de enfermería en atención primaria son las establecidas por modelo de atención integral de salud **a mejor aplicación del rol de enfermería corresponde una mejor aplicación del modelo de atención.**

## CAPÍTULO V

### 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1. CONCLUSIONES

- Se identificó que el personal de enfermería del Área N° 6 conoce sobre aspectos relacionados a la asistencia de enfermería en atención primaria de salud de acuerdo al modelo de atención integral disponiendo en cada una de las unidades con mapas parlantes, suficientes recursos tecnológicos para el seguimiento y control del estado de salud de la población. A la vez cuentan con diagnóstico situacional aplicando herramientas epidemiológicas para la planificación sanitaria, y con planes de contingencia para mitigar desastres en salud pública e información referente a rutas de evacuación y puntos seguros de encuentro favoreciendo de esta manera a los usuarios que se encuentran en mayores riesgos de sufrir desastres naturales.
- Se evaluó que el personal de enfermería respecto a la ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD en relación a la aplicación MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL (FCI) realiza muchas actividades de manera ocasional lo cual impide que la atención a los usuarios sea eficiente, algunos centros de salud son débiles en los aspectos de aseguramiento de la participación social, escasa capacitación y evaluaciones de la calidad del servicio. El principio de equidad no es práctica común en las unidades operativas y hace falta el tratar a los usuarios como seres biopsicosociales, las visitas domiciliarias no se realizan de manera permanente, dejando desprotegida a un considerable número de usuarios que necesitan seguimiento, aun no se encuentra clara la estrategia para garantizar la interculturalidad.
- Se estableció que el rol de enfermería en atención primaria de salud no se ajusta plenamente a lo exigido en el Modelo de Atención Integral de Salud, cumpliéndose de manera parcial, y la aplicación del mismo difiere entre las unidades operativas evaluadas, por la falta de personal de enfermería, el cual

no es estable por su tipo de contrato laboral, impidiendo que se realice un trabajo consecutivo en la aplicación de APS y MAIS FC-I, incumpliendo con la accesibilidad a los usuarios, al no brindar atención de calidad y seguimiento continuo.

- En cuanto a la intervención se diseñó un programa de capacitación conjuntamente con la enfermera coordinadora del área de salud N°6, dirigido al personal de enfermería sobre ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE ACUERDO AL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL, porque no se encuentran claras en las estrategias del programa MAIS (FCI).

## 5.2. RECOMENDACIONES

El trabajo de investigación realizado en el área N° 6 Guano – Penipe, permite establecer las siguientes recomendaciones:

- Al personal de enfermería que desempeña las funciones en el área N° 6 Guano – Penipe, debe aplicar todos los conocimientos, habilidades, actitudes, con especial énfasis en cuanto a promoción, prevención, educación de la salud acogiendo a las políticas nacionales y debería existir una coordinación entre unidades operativas para contar con el recurso humano suficiente.
- A las coordinadoras de las áreas para que implementen un programa para reforzar de manera continua los lineamientos básicos de Atención Primaria de Salud, actualizando los conocimientos que permita mejorar la atención del individuo, familia y comunidad encaminadas al seguimiento y evaluación de los procesos de asistencia de enfermería.
- A las líderes del área N° 6, para que motive al personal de enfermería a asumir la tarea de socializar y difundir los beneficios del programa MAIS-FCI, a su vez capacitándose en el idioma quichua para que esto no sea una barrera de acceso a las comunidades como parte del enfoque de interculturalidad.
- Al personal de enfermería para que se desarrolle el programa de capacitación planteado a través de esta investigación.

## **CAPÍTULO VI**

### **6. PROPUESTA**

- **PROGRAMA DE CAPACITACIÓN SOBRE EL ROL DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE ACUERDO AL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD (FCI), DIRIGIDO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL ÁREA N°6 GUANO – PENIPE. 2013**

#### **1. OBJETIVOS**

##### **1.1 OBJETIVO GENERAL**

Mejorar el nivel de conocimientos sobre Atención Primaria de Salud aplicando de acuerdo al modelo de atención integral de salud (FCI), a través de un programa de capacitación.

##### **1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Implementar acciones educativas dirigidas al personal de enfermería del área N° 6.
- Promover la participación de las profesionales enfermeras en el programa educativo
- Evaluar el programa de capacitación.

#### **2. METODOLOGÍA**

Se utilizará el método participativo explicativo, la capacitación será presencial y se realiza durante 3 meses, una vez al mes, con la participación de grupos rotativos para socializar la capacitación a toda el ÁREA N° 6 GUANO-PENIPE.

##### **A. TÉCNICAS**

###### **TÉCNICAS EDUCATIVAS**

- Intervenciones educativas.
- Lluvia de ideas.
- Dinámicas de ambientación

###### **MATERIAL EDUCATIVO**

- Carteles
- Acetatos
- Rota folios
- Presentaciones en power point

## **CONTENIDOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN**

Después de las reuniones realizadas en conjunto, se determinó un orden para la aplicación de los diferentes contenidos:

### **MÓDULO 1**

#### **ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

- Objetivos de la atención primaria
- Características de la atención primaria
- Prestación de atención primaria
- Estructura
- Proceso
- Resultado

### **MÓDULO 2**

#### **ROL DE ENFERMERÍA**

- La profesional de enfermería en salud pública
- Niveles de coordinación
- Participación y aplicación de programas de salud
- Monitoreo y supervisión

#### **FUNCIONES ESENCIALES DE ENFERMERÍA**

- Funciones independientes
- Funciones derivadas
- Funciones interdependientes
- Asistenciales en atención primaria
- Administrativas
- Investigativas

## **MÓDULO 3**

### **PROGRAMA MAIS-FCI**

- Enfoque familiar
- Enfoque comunitario
- Enfoque hacia el individuo

### **OBJETIVOS NACIONALES DEL BUEN VIVIR**

- Análisis de contextos
- Estrategias del buen vivir
- La planificación en salud
- La participación social
- Evaluación mediante indicadores

### 3. PROGRAMA DE CAPACITACIÓN

#### MÓDULO N° 1

#### TEMA: ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

**OBJETIVO:** Identificar aspectos generales en temas de atención primaria en salud.

**FECHA:** 22 noviembre.2013      **TIEMPO:** 60 Minutos

CONTENIDO	ACTIVIDADES	RECURSOS	EVALUACIÓN
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD  - Objetivos de la atención primaria - Características de la atención primaria - Prestación de atención primaria - Estructura - Proceso - Resultado	- Saludo  - Presentación  - Dinámica de ambientación  - Presentación del tema y objetivo  - Lluvia de ideas a través de preguntas y respuestas  - Capacitación	<b>HUMANOS</b>  Facilitadora Personal de enfermería del Área N° 6.  <b>MATERIALES</b>  Rota folios Carteles. Anexo 6 Marcadores Pizarra	Para la evaluación se utilizará preguntas de un cuestionario estructurado.

## **DESARROLLO DEL PRIMER MÓDULO**

### **1. PRESENTACIÓN**

La presentación y saludo será la parte con la que se inicie esta actividad. Tendrá una duración de 5 minutos.

### **2. MOTIVACIÓN**

Para motivar al grupo se utilizará una dinámica rompe hielos llamada “El Espejo” que consistía en que cada persona se mire al espejo y manifieste lo que siente sobre su persona, permitiendo valorar su autoestima, duración: 10 minutos.

### **3. PRESENTACIÓN DEL TEMA Y OBJETIVO**

Después de la dinámica de ambientación, se presentará el tema y el objetivo de este encuentro, duración: 5 minutos

### **4. DIAGNÓSTICO PREVIO**

Después de haber presentado el tema y objetivo, utilizando la técnica de la “Lluvia de ideas”, se realizará preguntas para de esta manera determinar los conocimientos que tenían en este tema, tendrá una duración de 5 minutos.

### **5. CONTENIDOS**

#### **ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

- OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA
- CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA
- PRESTACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA
- ESTRUCTURA
- PROCESO
- RESULTADO

Seguidamente se realizará la actividad educativa abordando de manera concreta. La metodología que se utilizará será la participación de todo el personal de enfermería, antes de conceptuar cada uno de los temas se pedirá que ellas mismo analicen desde su punto de vista. Duración de ésta actividad 25 minutos.

### **6. EVALUACIÓN DEL MÓDULO**

Se evaluará mediante preguntas de un cuestionario estructurado.

## MÓDULO N° 2

**TEMA:** ROL DE ENFERMERÍA Y FUNCIONES ESENCIALES DE ENFERMERÍA (FESP)

**OBJETIVO:** Identificar y debatir sobre el rol y las funciones de la enfermera en salud pública

**FECHA:** 20 de Diciembre del 2013 **TIEMPO:** 60 Minutos

CONTENIDO	ACTIVIDADES	RECURSOS	EVALUACIÓN
<b>ROL DE ENFERMERÍA</b>  - La profesional de enfermería en salud pública - Niveles de coordinación - Participación y aplicación de programas de salud - Monitoreo y supervisión	<ul style="list-style-type: none"><li>- Saludo</li><li>- Dinámica de ambientación</li><li>- Presentación del tema y objetivo</li><li>- Lluvia de ideas a través de preguntas y respuestas</li><li>- Presentación</li><li>- Capacitación</li></ul>	<b>HUMANOS</b>  Facilitadora Personal de enfermería del Área N° 6.  <b>MATERIALES</b>  Rota folios Carteles. Anexo 6 Marcadores - Pizarra	Se evaluará por medio de preguntas previamente elaboradas utilizando la técnica del correo preguntón, que consiste en una cartulina con sobres y en cada sobre se encuentra una pregunta relacionada con el tema.

<p><b>FUNCIONES ESPECIALES DE ENFERMERÍA</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Funciones independientes</li><li>- Funciones derivadas</li><li>- Funciones interdependientes</li><li>- Asistenciales en atención primaria</li><li>- Administrativas</li><li>- Investigativas</li></ul>			
---	--	--	--

## **DESARROLLO DEL SEGUNDO MÓDULO**

### **1. SALUDO**

Saludo, duración de 5 minutos.

### **2. MOTIVACIÓN**

Para motivar al grupo se utilizará una dinámica rompe hielos llamada "La Lluvia", que consiste en que todos hagan sonidos con sus manos, duración: 5 minutos.

### **3. PRESENTACIÓN DEL TEMA Y OBJETIVO**

Después de la dinámica de ambientación, se presentará el tema y el objetivo de este encuentro, duración: 5 minutos

### **4. DIAGNÓSTICO PREVIO**

Después de haber presentado el tema y objetivo, utilizando la técnica de la "Lluvia de ideas", se realizará preguntas para de esta manera determinar los conocimientos previos en el tema, Duración de 5 minutos

### **5. CONTENIDO**

#### **ROL DE ENFERMERÍA**

- LA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA
- NIVELES DE COORDINACIÓN
- PARTICIPACIÓN Y APLICACIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD
- MONITOREO Y SUPERVISIÓN

#### **FUNCIONES ESPECIALES DE ENFERMERÍA**

- FUNCIONES INDEPENDIENTES
- FUNCIONES DERIVADAS
- FUNCIONES INTERDEPENDIENTES
- ASISTENCIALES EN ATENCIÓN PRIMARIA
- ADMINISTRATIVAS
- INVESTIGATIVAS

Análisis de la temática a tratarse. Posteriormente se realizará la actividad educativa con la participación del personal de enfermería y facilitadora, Duración 15 minutos.

## **6. EVALUACIÓN DEL MÓDULO**

Después de la charla educativa se evaluará por medio de preguntas previamente elaboradas utilizando la técnica del correo preguntón, que consiste en una cartulina con sobres y en cada sobre se encuentran una pregunta relacionada con el tema, seguido se formará grupos, cada grupo constará de un número de personas, los mismos que nombraran a un líder para contestar a la pregunta formulada. Es una manera dinámica de evaluar y se determina si los conocimientos fueron asimilados por las participantes. Duración 10 minutos.

### MÓDULO N° 3

**TEMA:** PROGRAMA MAIS-FCI Y OBJETIVOS NACIONALES DEL BUEN VIVIR

**OBJETIVO:** Informar sobre los aspectos importantes del programa MAIS-FCI y relacionarlo y ajustarlo con los objetivos nacionales del buen vivir

**FECHA:** 24 de Enero del 2014

**TIEMPO:** 60 Minutos

<b>CONTENIDO</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
<b>PROGRAMA MAIS-FCI</b>  - Enfoque familiar - Enfoque comunitario - Enfoque hacia el individuo	<ul style="list-style-type: none"><li>- Saludo</li><li>- Dinámica de ambientación</li><li>- Presentación del tema y objetivo</li><li>- Lluvia de ideas a través de preguntas y respuestas</li><li>- Capacitación</li></ul>	<b>HUMANOS</b>  Facilitadora Personal de enfermería del Área N° 6.  <b>MATERIALES</b>  Rota folios Carteles. Anexo 6 Marcadores Pizarra	Se evaluará utilizando cuestionarios con preguntas estructuradas.

<p><b>OBJETIVOS NACIONALES DEL BUEN VIVIR</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Análisis de contextos</li><li>- Estrategias del buen vivir</li><li>- La planificación en salud</li><li>- La participación social</li><li>- Evaluación mediante indicadores</li></ul>			
--	--	--	--

## **DESARROLLO DEL TERCER MÓDULO**

### **1. SALUDO**

Saludo, duración de 5 minutos.

### **2. MOTIVACIÓN**

Para motivar al grupo se utilizó una dinámica de ambientación llamada "La Fiesta".

Duración 5 minutos.

### **3. PRESENTACIÓN DEL TEMA Y OBJETIVO**

Después de la dinámica de ambientación, se presentara el tema y el objetivo de este encuentro. Duración 5 minutos

### **4. DIAGNÓSTICO PREVIO**

Después de haber presentado el tema y objetivo, utilizando la técnica de la "Lluvia de ideas", se realizará preguntas para de esta manera determinar los conocimientos previos sobre el tema. Duración de 5 minutos.

### **5. CONTENIDO:**

#### **PROGRAMA MAIS-FCI**

- ENFOQUE FAMILIAR
- ENFOQUE COMUNITARIO
- ENFOQUE HACIA EL INDIVIDUO

#### **OBJETIVOS NACIONALES DEL BUEN VIVIR**

- ANÁLISIS DE CONTEXTOS
- ESTRATEGIAS DEL BUEN VIVIR
- LA PLANIFICACIÓN EN SALUD
- LA PARTICIPACIÓN SOCIAL
- EVALUACIÓN MEDIANTE INDICADORES

### **6. EVALUACIÓN DEL MÓDULO**

Finalmente se evaluará por medio de cuestionario con preguntas estructuradas.

## 7. CRONOGRAMA DE LA CAPACITACIÓN

	<b>22 Noviembre 2013</b>	<b>20 Diciembre 2013</b>	<b>24 Enero 2013</b>
<b>MÓDULO 1.</b> ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD			
<b>MÓDULO 2.</b> ROL DE ENFERMERÍA Y FUNCIONES ESENCIALES DE ENFERMERÍA			
<b>MÓDULO 3.</b> PROGRAMA MAIS-FCI Y OBJETIVOS NACIONALES DEL BUEN VIVIR			

## 8. PRESUPUESTO

	<b>USD</b>
<b>MÓDULO 1.</b> ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	100
<b>MÓDULO 2.</b> ROL DE ENFERMERÍA Y FUNCIONES ESENCIALES DE ENFERMERÍA	100
<b>MÓDULO 3.</b> PROGRAMA MAIS-FCI Y OBJETIVOS NACIONALES DEL BUEN VIVIR	100
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>

**TOTAL: TRECIENTOS DÓLAR**

## 7. BIBLIOGRAFÍA

### 7.1. BIBLIOGRAFÍA

- Manual del Modelo de Atención Integral de Salud. MSP. en pdf 2013. [en línea] Acceso: 2013-07-02 disponible:  
<http://es.scribd.com/doc/154356987/Manual-Mais-2013>
- Programas de salud. Disponible en: [en línea] Acceso: 2013-07-02 disponible: <http://definicion.de/programa-de-salud>
- ALVARES, Rafael. Salud pública y médica. Manual moderno. 3ª ed. Madrid. 2004
- KROGER, Axel; LUNA, Ronaldo. Asistencia primaria de salud. Principios y métodos. 2ª ed. 2010

### 7.2. REFERENCIAS ELECTRONICAS

- OMS. La atención primaria en salud más necesaria que nunca. [en línea] Acceso: 2013-06-03 disponible: <http://www.who.int/whr/2008/summary/es/>.
- El rol de atención primaria en los seguros de salud [en línea] Acceso: 2013-06-05 disponible:[http://www.saluddealtura.com/index.php?id=251&print=1&no\\_cache=1](http://www.saluddealtura.com/index.php?id=251&print=1&no_cache=1)
- Aspectos principales de la función del personal de enfermería en la APS. [en línea] Acceso: 2013-06-15 disponible:  
<http://www.uady.mx/~enfermer/sitioflash/CAPS/participacion.html>
- OPS “Sistemas de salud basados en la APS: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. En pdf [en línea] Acceso: 2013-06-15 disponible:  
[http://cursos.campusvirtualsp.org/\\_OPS\\_2010\\_APS-Estrategias\\_Desarrollo\\_Equipos\\_APS.pdf](http://cursos.campusvirtualsp.org/_OPS_2010_APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf)
- OPS “Sistemas de salud basados en la APS: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. En pdf [en línea] Acceso: 2013-06-15 disponible:  
[http://cursos.campusvirtualsp.org/\\_OPS\\_2010\\_APS-Estrategias\\_Desarrollo\\_Equipos\\_APS.pdf](http://cursos.campusvirtualsp.org/_OPS_2010_APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf)

- OPS Atención primaria salud.[en línea] Acceso: 2013-06-17 disponible: [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/es/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/)
- MAZARRAZA, D. Educación para la salud., 2012.
- CONASA/MSP/MODERSA/OPS/UNFPA, Guía Metodológica para la conformación de los Consejos Cantonales y Provinciales de Salud, Quito, Junio 2010.
- Promoción de la salud.[en línea] Acceso: 2012-07-12 disponible:[unesco.org/new/es/education/themes/leading](http://unesco.org/new/es/education/themes/leading)

# ANEXOS

# **ANEXO 1**

## **ENCUESTA**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**  
**ENCUESTA**

OBJETIVO: Determinar el rol de enfermería en Atención Primaria de Salud, en el Área Nº 6 Guano – Penipe, y sus relaciones con el MAIS-FCI

DIRIGIDO A: Personal de Enfermería del Área nº 6 Guano - Penipe

INSTRUCCIONES: Por favor marque con una (x) lo que en su opinión considere correcto. Elija solo una opción de respuesta. La encuesta es anónima y confidencial, y se utilizará únicamente como información útil en la presente investigación.

**ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA**

**1. Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de la salud de la población**

- ¿Disponen de mapas parlantes actualizados?

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

- ¿Cuentan con recursos humanos y tecnológicos, para el seguimiento y control del estado de salud de la población?

SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	OCASIONALMENTE	<input type="checkbox"/>	CASI NUNCA	<input type="checkbox"/>	NUNCA	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------	--------------------------	------------	--------------------------	-------	--------------------------

**2. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública**

- ¿Cuentan con el diagnóstico situacional actualizados (ASIS) de su Unidad Operativa?

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

**3. Promoción de la Salud**

- ¿Promueve en la comunidad el autocuidado de la salud de acuerdo a las enfermedades prevalentes?

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

**4. El aseguramiento de la participación social en la salud**

- ¿Realiza trabajos en la comunidad sobre políticas saludables?

SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	OCASIONALMENTE	<input type="checkbox"/>	CASI NUNCA	<input type="checkbox"/>	NUNCA	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------	--------------------------	------------	--------------------------	-------	--------------------------

Cuáles? \_\_\_\_\_

---

5. **Evaluación y promoción del acceso equitativo de los servicios de salud**

- ¿Utiliza usted estrategias para reducir las barreras de acceso y ampliar la cobertura?

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

---

VI. **Capacitación y desarrollo de los recursos humanos**

- ¿Ha recibido capacitación en los últimos 3 meses?

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

¿En qué tema fue capacitada? \_\_\_\_\_

VII. **Seguridad de la calidad de los servicios en salud.**

- ¿Se evalúa la calidad de los servicios de salud en su Unidad Operativa?

SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	OCASIONALMENTE	<input type="checkbox"/>	CASI NUNCA	<input type="checkbox"/>	NUNCA	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------	--------------------------	------------	--------------------------	-------	--------------------------

VIII. **Investigación en salud pública**

- ¿Maneja y aplica herramientas epidemiológicas en la planificación sanitaria?

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

IX. **Reducción de la repercusión de las emergencias y desastres en la salud pública**

- ¿Existe en su área un plan de contingencia para mitigar desastres en la salud pública?

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

- ¿Se cuenta con información referente a rutas de evacuación, puntos de encuentro en lugares seguros, para mitigar efectos ante emergencias y desastres?

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

## APLICACIÓN DEL PROGRAMA MAIS – FCI

### X. ¿Se atiende a los usuarios/as con equidad, respetando siempre sus derechos?

SIEMPRE		CASI SIEMPRE		OCASIONALMENTE		CASI NUNCA		NUNCA	
---------	--	--------------	--	----------------	--	------------	--	-------	--

- ¿En el servicio en el que usted labora se garantiza el acceso conforme a su elección en el plano de igualdad?

SIEMPRE		CASI SIEMPRE		OCASIONALMENTE		CASI NUNCA		NUNCA	
---------	--	--------------	--	----------------	--	------------	--	-------	--

- ¿Como cree usted que esta incorporando en su servicio la atención con enfoque intercultural?

---

---

---

### XI. Integralidad

- ¿Atiende a los usuarios del área de salud como seres biopsicosocial, respondiendo a las necesidades locales y a los grupos poblacionales (ciclos vitales), para mejorar la calidad de vida de la población?

SIEMPRE		CASI SIEMPRE		OCASIONALMENTE		CASI NUNCA		NUNCA	
---------	--	--------------	--	----------------	--	------------	--	-------	--

## XII. Continuidad

- ¿Señale las actividades intramurales que garantizan la continuidad en la prestación del servicio del individuo, familia y comunidad?

VISITA DOMICILIARIA	
INVESTIGACIÓN	
ACTIVIDADES INFORMATIVAS Y EDUCATIVAS	
ACTIVIDADES DE ENTRENAMIENTO PRACTICO PARA LOS TAPS	
IMPLEMENTACION DE ESTRATEGIAS PARA PROMOCION DE LA SALUD	

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

# **ANEXO 2**

## **GUIA DE OBSERVACIÓN**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE ENFERMERÍA**  
**GUÍA DE OBSERVACIÓN**

OBJETIVO: Determinar el nivel de cumplimiento del rol de enfermería en Atención Primaria de Salud, y sus relaciones con el MAIS-FCI, en el Área N° 6 Guano - Penipe

**ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA**

<b>Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de la salud de la población</b>			
Disponen de mapas parlantes actualizados	Si ( )	No ( )	
Recursos humanos y tecnológicos para el seguimiento y control del estado de salud de la población	S ( )	O ( )	N ( )
<b>Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública</b>			
¿Diagnóstico situacional actualizados (ASIS) de su Unidad Operativa?	Si ( )	No ( )	
<b>Promoción de la Salud</b>			
Promueven en la comunidad el autocuidado de la salud de acuerdo a las enfermedades prevalentes	Si ( )	No ( )	
<b>El aseguramiento de la participación social en la salud</b>			
¿Realización de actividades comunitaria sobre políticas saludables?	S ( )	O ( )	N ( )
<b>Evaluación y promoción del acceso equitativo de los servicios de salud</b>			
Utilización de estrategias para reducir las barreras de acceso y ampliar coberturas	Si ( )	No ( )	
<b>Capacitación y desarrollo de los recursos humanos</b>			
Capacitación en los últimos 3 meses	Si ( )	No ( )	
Temas en los que fue capacitada	_____		
<b>Seguridad de la calidad de los servicios en salud.</b>			
Evaluación de la calidad de los servicios de salud en su Unidad Operativa	S ( )	O ( )	N ( )
<b>Investigación en salud pública</b>			
Manejo y aplicación de herramientas epidemiológicas en la planificación sanitaria	S ( )	O ( )	N ( )
<b>Reducción de la repercusión de las emergencias y desastres en la salud pública</b>			

Plan de contingencia para mitigar desastres en la salud pública	Si ( )	No( )
Disponibilidad de rutas de evacuación, puntos de encuentro en lugares seguros, para mitigar efectos ante emergencias y desastres		
<b>APLICACIÓN DEL PROGRAMA MAIS</b>		
Atención a usuarios/as con equidad, respetando sus derechos	Si ( )	No( )
Garantizan el acceso conforme a la elección en el plano de igualdad	Si ( )	No( )
Incorporan en el servicio atención con enfoque intercultural	Si ( )	No( )
<b>Integralidad:</b> Atención a los usuarios del área de salud como seres biopsicosocial, respondiendo a las necesidades locales y a los grupos poblacionales (ciclos vitales), para mejorar la calidad de vida de la población	S( )	O( ) N( )
<b>Continuidad:</b> realización de actividades intramurales, garantizando la continuidad en la prestación del servicio del individuo familia y comunidad.	Si ( )	No( )
Aplica visita domiciliaria	Si ( )	No( )
Realización de investigaciones	Si ( )	No( )
Elaboración de actividades informativas y educativas	Si ( )	No( )
Ejecución de actividades de entrenamiento practico para TABS	Si ( )	No( )
Implementan estrategias de promoción de la salud	Si ( )	No( )

# **ANEXO 3**

## **APLICACIÓN DE ENCUESTAS**



Recogida de datos de la encuesta al personal de enfermería en el auditorio del Área N°6

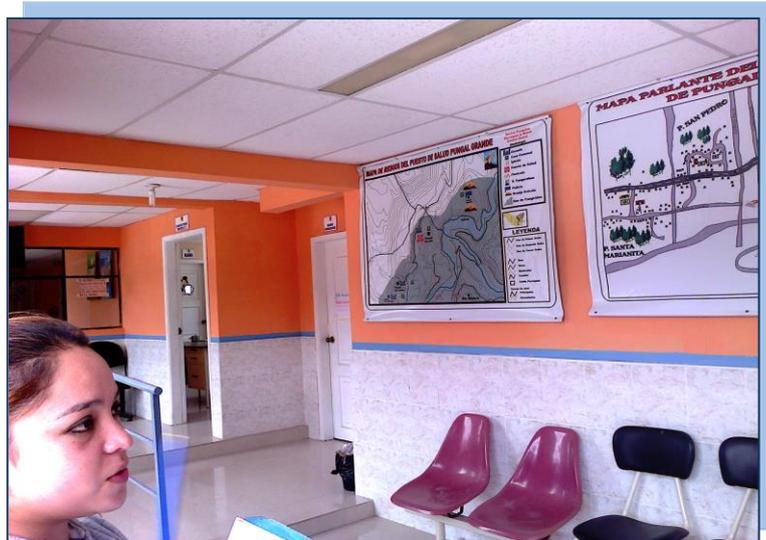


# **ANEXO 4**

## **APLICACIÓN DE GUIA DE OBSERVACIÓN**

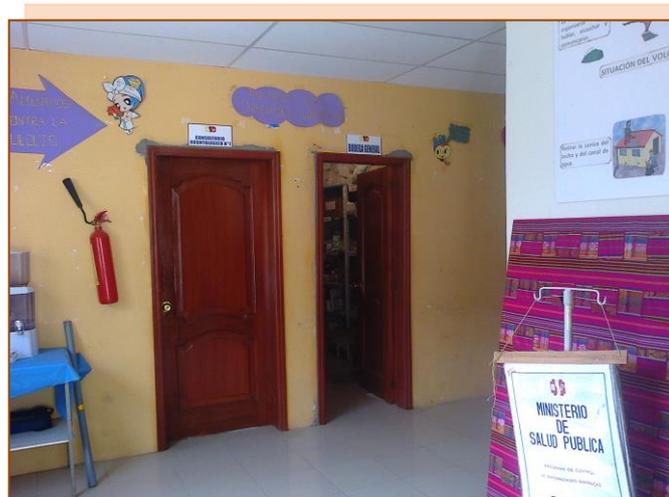


Se observo que el puesto de salud el Altar cuenta con mapa parlante y rutas de evacuación para mitigar los desastres en salud.



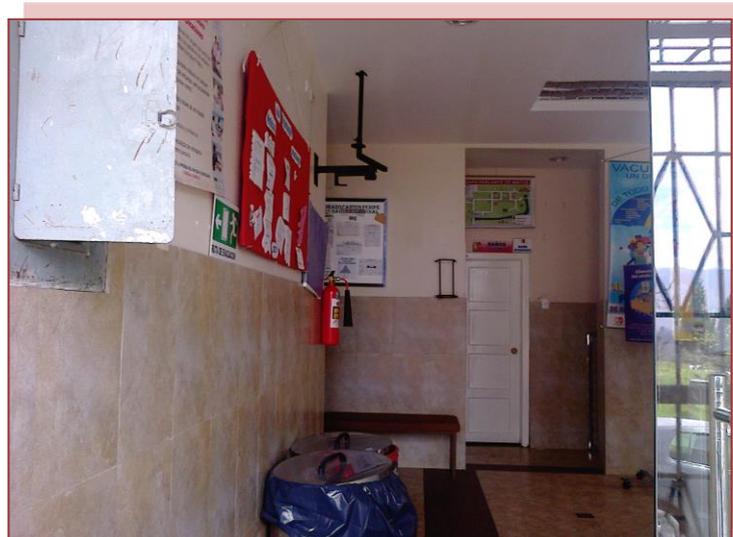


En el Puesto de Salud de Nabuzo evidenciando la falta de recursos humanos, atención continúa al usuario, y no cuentan con rutas referentes de evacuación.



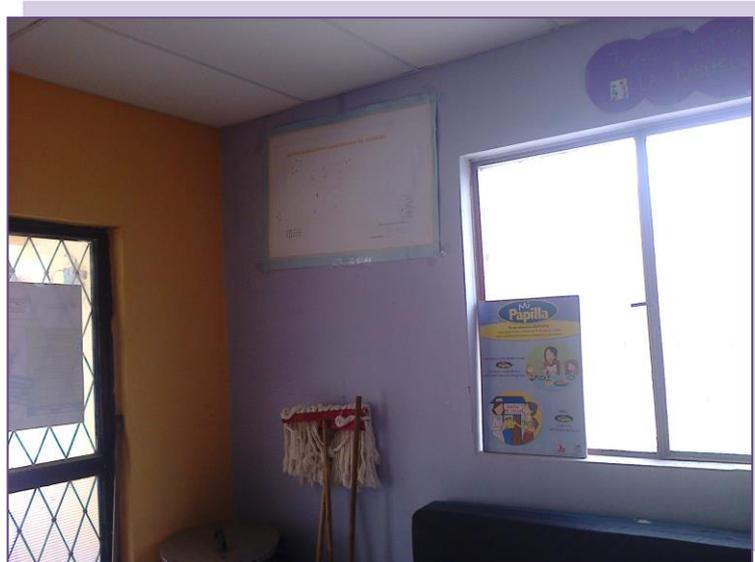


En el subcentro de salud de Matus se observo que disponen con lo básico para la atención de los problemas de salud.





Subcentro de Ilapo no cuenta con los recursos humanos y tecnológicos para el seguimiento y control del estado de salud de la población.



**ANEXO 5**

**NOMINA DEL  
PERSONAL DE  
ENFERMERIA  
DEL ÁREA N° 6  
GUANO – PENIPE**

**NONIMA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL AREA 6 GUANO-  
PENIPE**

Basantes Badillo Nelly	ENFERMERA	COORDINADOR	DEFINITIVO
Basantes Ortega Nely Patricia (COORDINADORA DE AREA)	ENFERMERA	COORDINADOR	OCASIONAL
Ruiz Calle Juana Mercedes	ENFERMERA	ENFERMERA	OCASIONAL
Pilco Vela Jeny Maritza	ENFERMERA	ENFERMERA	OCASIONAL
Gualli Mocha Juana Lucia	ENFERMERA	ENFERMERA	OCASIONAL
Segovia Unda Verónica Irene	ENFERMERA	ENFERMERA	OCASIONAL
Vilema Visuete Elizabeth Germania	ENFERMERA	ENFERMERA	OCASIONAL
Reinoso Rodriguez Nancy Esmeralda	ENFERMERA	ENFERMERA	OCASIONAL
Romero Juanacio Diana Patricia	ENFERMERA	ENFERMERA RURAL	RURAL
Guzmán Naranjo Ruvi Paola	ENFERMERA	ENFERMERA RURAL	RURAL
Monar Morales Irma Leonor	ENFERMERA	ENFERMERA	DEFINITIVO
Riera Peñafiel Zoila Mercedes	ENFERMERA	ENFERMERA	OCASIONAL
Llanos Carrillo Johana Patricia	ENFERMERA	RURAL	RURAL
Zaruma Simbaina Luz María (Octubre 2013)	ENFERMERA	ENFERMERA RURAL	RURAL
Silva González Sara del Cisne (Enero del 2013)	ENFERMERA	ENFERMERA RURAL	RURAL
Rodríguez Guillin Laura Piedad CEBYCAM	ENFERMERA	ENFERMERA	DEFINITIVO
Álvarez Reinoso Mayra Patricia (Octubre 2013)	ENFERMERA	ENFERMERA RURAL	RURAL
Sánchez Alquina Diana Aracely (Mayo 2013)	ENFERMERA	ENFERMERA RURAL	RURAL
Hipo Cacuango Mayra Alejandra (Enero 2013)	ENFERMERA	ENFERMERA RURAL	RURAL
Bernal Castillo Diana Rocio(Octubre 2013)	ENFERMERA	ENFERMERA RURAL	RURAL
Muyulema Yumiseba Nelly Paola	ENFERMERA	ENFERMERA RURAL	RURAL

Herrera Mendieta Mariuxi Natali (Enero del 2013) ITI JOSEFINA	ENFERMERA	ENFERMERA RURAL	RURAL
Monar Averos Maura Concepción	ENFERMERA	ENFERMERA RURAL	RURAL
Vallejo Espinoza Tatiana Elizabeth (Enero del 2013)	ENFERMERA	ENFERMERA RURAL	RURAL
Ruiz Pacheco Cristina Belén (Mayo 2013)	ENFERMERA	ENFERMERA RURAL	RURAL
Paca Paca Mariana Dolores ( Mayo 2013)	ENFERMERA	ENFERMERA RURAL	RURAL
Cando Cruz Carlota Margoth	ENFERMERA	ENFERMERA	OCASIONAL
Peña Robles Hinela Elizabeth (Enero2013) iti Providencia)	ENFERMERA	ENFERMERA RURAL	RURAL
Sarango Ortega Daniela Andrea	ENFERMERA	ENFERMERA RURAL	RURAL
Rodríguez Peralta Diana Carolina( Octubre 2013)	ENFERMERA	ENFERMERA RURAL	RURAL
Arellano Barragán Diana Karolina (enero del 2013) ITI Sal Pablo	ENFERMERA	ENFERMERA RURAL	RURAL
Tapia Rodríguez María Isabel (Octubre 2013)	ENFERMERA	ENFERMERA RURAL	RURAL
Narváez Andrade María Aracely(Noviembre 2012)	ENFERMERA	ENFERMERA RURAL	OCASIONAL
Maza Merchán Diana Victoria (Enero del 2013)	ENFERMERA	ENFERMERA RURAL	RURAL
Vaca Baños Jessica Teresa	ENFERMERA	ENFERMERA RURAL	RURAL
Rodríguez Silva Marlene Noemí (ENFERMERA DE AREA)	ENFERMERA	ENFERMERA	OCASIONAL
Morocho Morocho Gladys Pricila (Octubre 2013)	ENFERMERA	ENFERMERA RURAL	RURAL
Gusqui Estrada Leydi Milena	ENFERMERA	ENFERMERA RURAL	RURAL
MULLO ELVIA AMARIA	ENFERMERA	ENFERMERA RURAL	RURAL
GOMEZ MIRIAM ELIZABETH	ENFERMERA	ENFERMERA RURAL	RURAL

# **ANEXO 6**

## **NOMINA DEL AREA DE SALUD Nº 6 GUANO – PENIPE**

### DETALLE DEL AREA DE SALUD N°6 GUANO-PENIPE

1	CENTRO DE SALUD N°1
2	CENTRO DE GUANO
3	SUBCENTRO DE SALUD DE PENIPE
4	PUESTO DE SALUD DE CHAZO
5	SUBCENTRO DE SALUD DE ILAPO
6	SUBCENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO
7	SUBCENTRO DE SALUD DE SAN ANDRES
8	PUESTO DE SALUD DE TUNTATACTO
9	PUESTO DE SALUD DE CHOCAVI
10	PUESTO DE SALUD LA JOSEFINA
11	PUESTO DE SALUD SAN GERARDO
12	PUESTO DE SALUD BALSAYAN
13	PUESTO DE SALUD PUNGAL
14	PUESTO DE SALUD CHINGAZO
15	PUESTO DE SALUD TATACTO
16	PUESTO DE SALUD SAN PABLO
17	PUESTO DE SALUD DE BAYUSHIG
18	PUESTO DE SALUD MATUS
19	PUESTO DE SALUD EL ALTAR
20	PUESTO DE SALUD CANDELARIA
21	PUESTO DE SALUD DE NABUZO
22	PUESTO DE SALUD DE SANTA FE DE GALAN

# **ANEXO 7**

## **CERTIFICADO DEL AREA N°6**

Riobamba 7 de Noviembre del 2013

## CERTIFICADO

Yo, Germania Vilema Enfermera Distrital de Salud 06D05 **CERTIFICO**, que las Srtas. Andrea Raquel Jiménez Nuñez Y Gabriela Cecilia Toro Lema realizaron una encuesta al personal de y guía de observación, para la realización de su tesis a las unidades de salud del Área N° 6 Guano-Penipe, además de plantear la organización de una capacitación en beneficio del personal de enfermería que labora en el área N°6.



Lic. Germania Vilema Enfermera Distrital de Salud 06D05

Atte.