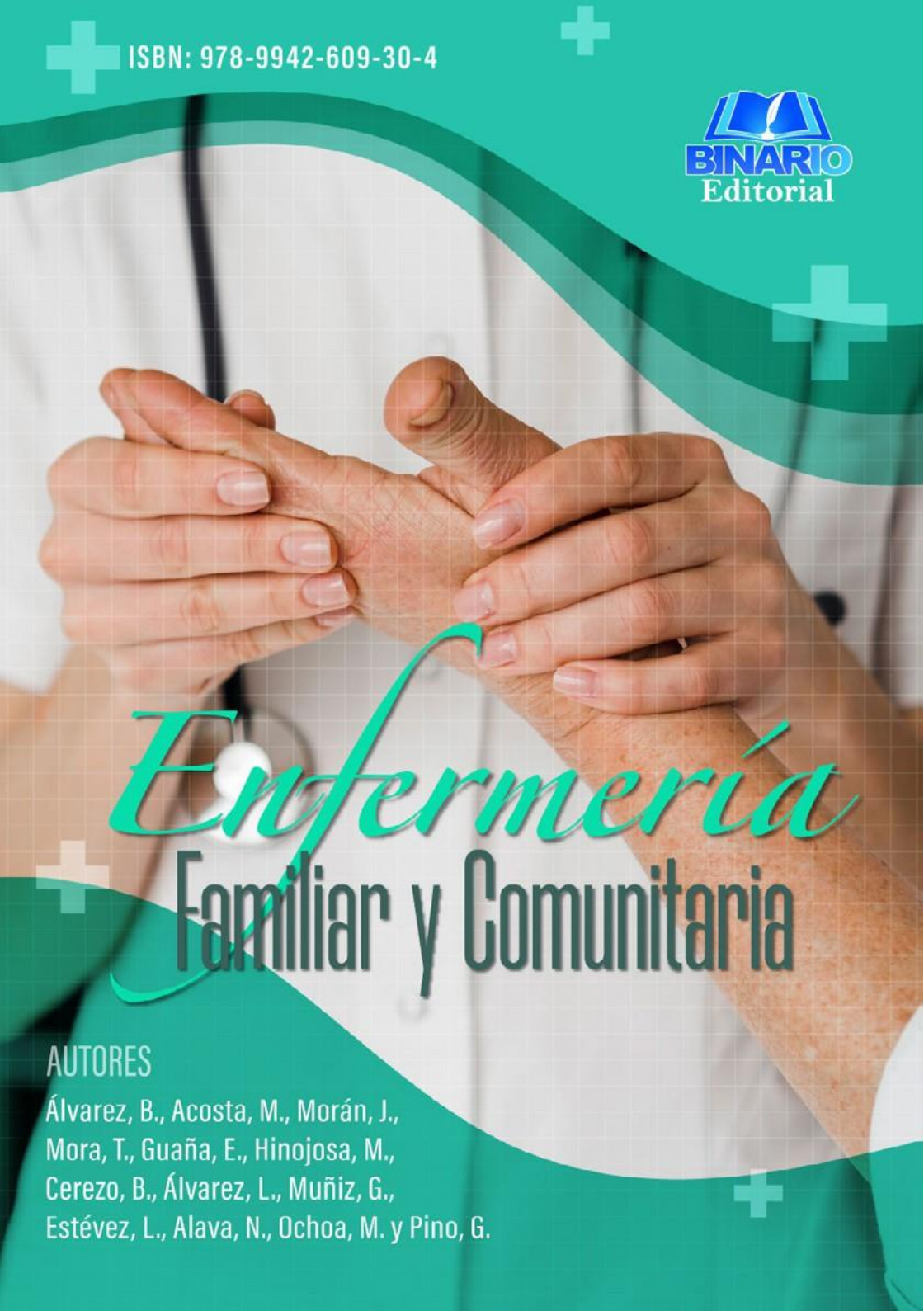




ISBN: 978-9942-609-30-4




BINARIO
Editorial



Enfermería Familiar y Comunitaria

AUTORES

Álvarez, B., Acosta, M., Morán, J.,
Mora, T., Guaña, E., Hinojosa, M.,
Cerezo, B., Álvarez, L., Muñiz, G.,
Estévez, L., Alava, N., Ochoa, M. y Pino, G.



Instituto de Investigaciones Transdisciplinarias Ecuador
BINARIO

Enfermería Familiar y Comunitaria

Autores

Álvarez, B., Acosta, M., Morán, J., Mora, T., Guña, E., Hinojosa, M., Cerezo, B.,
Álvarez, L., Muñiz, G., Estévez, L., Alava, N., Ochoa, M. y Pino, G.

La revisión técnica de los documentos correspondió a especialistas expertos en el área.

ISBN: 978-9942-609-30-4

1era. Edición marzo 2024

Edición con fines educativos no lucrativos

Hecho en Ecuador

Diseño y Tipografía: Greguis Reolón Ríos

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, integra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquier otro, sin la autorización previa por escrito al Instituto de Investigaciones Transdisciplinarias Ecuador (BINARIO).



SELLO 978 9942 8754

Instituto de Investigaciones Transdisciplinarias
Ecuador - BINARIO
Cel.: +593 96 766 4864

<http://www.binario.com.ec>

EDITORIAL BINARIO

Mgs. María Gabriela Mancero Arias

Directora ejecutiva

Lcdo. Wilfrido Rosero Chávez

Gerente operaciones generales

Dra. Sherline Chirinos

Directora de publicaciones y revistas

Lcda. Greguis Reolón Ríos

Directora de marketing y RRSS

AUTORES

CAPÍTULO I

Blanca Cecilia Alvarez Macías

– Universidad Técnica de Babahoyo

Mónica Patricia Acosta Gaibor

– Universidad Técnica de Babahoyo

CAPÍTULO II

José Adalberto Morán Calderón

– Universidad Técnica de Babahoyo

Tairy Nohelia Mora Torres

– Universidad Técnica de Babahoyo

CAPÍTULO III

Elena Silvana Guaña Bravo

– Universidad de Guayaquil

– Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Manabí

Marilú Mercedes Hinojosa Guerrero

– Universidad Técnica de Babahoyo

Betzaida Salomet Cerezo Leal

– Universidad de Guayaquil

CAPÍTULO IV

Luis Leonel Alvarez Izquierdo

– Universidad Técnica de Babahoyo

Gloria Janeth Muñiz Granoble

– Universidad de Guayaquil

CAPÍTULO V

Lizette Martín Estevez

– Universidad Técnica de Babahoyo

Nidia Narcisa Alava Rengifo

– Universidad de Guayaquil

CAPÍTULO VI

María Elena Ochoa Anastacio

– Universidad de Guayaquil

– Hospital de Especialidades Guayaquil "Dr Abel Gilbert Pontón"

Galo Wilfrido Pino Icaza

– Universidad Técnica de Babahoyo

PRÓLOGO

Contemplada de una manera general, la enfermería familiar y comunitaria es la disciplina que sintetiza los conocimientos teóricos y las habilidades prácticas de los profesionales de la enfermería y la salud pública y los aplica como estrategias de trabajo con el fin de promover, mantener y restaurar la salud de la población, contando con la participación de la comunidad y sus redes sociales pertinentes, mediante cuidados directos e indirectos a individuos, familias y otros grupos, como parte activa de un equipo multidisciplinario.

La naturaleza de la práctica de la enfermería familiar y comunitaria se fundamenta en las necesidades y problemas de salud prioritarios de la población; en tal sentido, su objetivo principal es satisfacer las necesidades de salud de la comunidad con la participación del individuo y la colaboración de otros profesionales, teniendo a la familia como su principal unidad de atención.

Los fines que se propone esta obra es ofrecer al profesional de la Enfermería enfoques de salud pública relevantes y atención primaria en salud, como soportes conceptuales para la intervención de la enfermería en poblaciones específicas, además de tener una visión global de los conceptos clave y los problemas principales en la enfermería comunitaria, así como, evaluar, mediante distintas técnicas, la situación de salud comunitaria para afianzar el proceso de mejoramiento de los servicios de salud. La obra también se plantea contribuir con la difusión de los conocimientos en el ámbito de la enfermería familiar y comunitaria para promover, mantener y restituir la salud y optimizar formas de vida sana para poblaciones específicas y prevenir la enfermedad, al igual que la defensa y promoción de valores que contribuyan a mantener una mayor solidaridad y justicia social, e igualdad de oportunidades.

Este libro que ahora presentamos está dirigido a estudiantes y profesionales de ciencias de la salud que cursan estudios relacionados con la enfermería de la salud familiar y comunitaria, y puede ser también apropiado para las enfermeros (ras) practicantes que de seguro encontraran en el contenido de sus páginas, una herramienta de gran utilidad. Además, puede servir de apoyo práctico para los estudiantes y docentes de enfermería en el proceso de enseñanza/aprendizaje dado su carácter didáctico y fácil de asimilar. Asimismo, el libro se acompaña de una amplia bibliografía donde el lector interesado puede ampliar y profundizar la búsqueda de conocimientos.

Se trata de una obra de consulta rápida y eficaz, actualizada en los temas de mayor importancia relacionados con la atención primaria, la salud pública y la enfermería comunitaria, lo que facilita obtener información directa y relevante en un ámbito de actuación profesional en el que los enfermeros (ras) desempeñan un papel fundamental en la atención a las personas, las familias y la comunidad.

Los autores

ÍNDICE

PRÓLOGO	ix
INTRODUCCIÓN	xvii
CAPÍTULO I: SALUD PÚBLICA	21
Qué se entiende por salud	21
Definición de salud según la OMS.....	22
Críticas a la Definición de Salud de la OMS	24
Ventajas de la definición de salud de la OMS.....	27
La salud como objeto de conocimiento complejo.....	28
El binomio Salud-Enfermedad como proceso.....	29
Definición de Salud Pública.....	30
Características básicas de la calidad en salud	30
Once funciones esenciales de la salud pública para la Región de las Américas.....	32
Niveles de atención en salud.....	33
Actividades de la salud pública	33
Dos concepciones divergentes de la salud en América Latina y el Caribe.....	34
Evolución de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe	36
La salud pública en Ecuador: evolución y características relevantes.	38
Sistema de Salud de Ecuador.....	38
Principios y normas sectoriales que regulan el Sistema Nacio- nal de Salud	39
Organización del sistema de salud e instituciones que lo con- forman.....	40
Funciones del sistema de salud en Ecuador	40

Rectoría del sistema de salud	41
Organización de la Política Nacional de Salud.....	42
Medicamentos y otros productos sanitarios	43
Retos del sistema de salud pública del Ecuador	44
REFERENCIAS	45
CAPÍTULO II: FAMILIA, COMUNIDAD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	51
Familia	51
La familia como un sistema	51
Concepto de familia	52
Funciones de la familia	54
Ciclo vital familiar (CVF)	56
Salud familiar	59
Comunidad	64
Participación comunitaria.....	66
Salud comunitaria	68
Características de la salud comunitaria	69
Participación comunitaria en salud (PCS)	70
Promoción en salud (PS)	71
Propósito de la PS	72
Prevención en salud	73
Diferencias entre promoción y prevención de la salud	75
REFERENCIAS	76
CAPÍTULO III: ENFERMERÍA DE LA SALUD COMUNITARIA.....	83
Reseña histórica del origen de la enfermería comunitaria en América Latina	83
La enfermería de salud pública	83

De la enfermería de salud pública a la enfermería comunitaria	88
Definiciones relevantes en el ámbito de la Enfermería dela salud comunitaria	90
Definición de enfermera.....	90
Definición de Enfermería	91
Funciones esenciales de la Enfermería	92
¿Qué es la Enfermería Comunitaria?	93
Visitas domiciliarias.....	95
Atención primaria de salud renovada y sistemas desalud basados en APS	95
Construyendo sistemas de salud basados en la APS.....	98
Una definición renovada de APS	99
Análisis de la situación integral de salud	100
Diagnóstico de salud de la comunidad.....	100
Elementos básicos del diagnóstico de salud.....	101
Prevención y control de enfermedades transmisibles y no trans- misibles.....	105
Enfermedades crónicas, no transmisibles	105
Epidemiología: Datos clave	106
Las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo.....	107
Respuesta preventiva de la OPS	108
Enfermedades transmisibles.....	108
Epidemiología: Datos clave	108
Respuesta preventiva de la OPS	109
REFERENCIAS.....	110

CAPÍTULO IV: MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD, FAMILIAR, COMUNITARIO E INTERCULTURAL	119
Marco conceptual del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (MAIS- -FCI)	120
Enfoque	121
Definición	123
Propósito	123
Objetivos.....	124
Componentes del MAIS-FCI	125
Provisión de servicios.....	126
Organización del sistema nacional de salud	127
Gestión del sistema nacional de salud	130
Financiamiento del sistema nacional de salud	132
Marco legal y normativo relacionado al sector salud	133
Constitución Nacional.....	133
Ley Orgánica de Salud	138
Plan decenal de salud 2022 – 2031	139
REFERENCIAS.....	142
CAPÍTULO V: EVALUACIÓN DE CRECIMIENTO DENIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS.....	145
Lactancia materna.....	145
Fisiología de la lactancia	145
Beneficio de la lactancia materna	146
Técnica de lactancia	147
Alimentación complementaria. Suplementación con micronutrientes MSP	149

¿Qué es la alimentación complementaria?	149
¿Cómo debe darse la transición de una alimentación exclu- sivamente líquida a otra con variedad de texturas y sabores? ...	150
Antropometría	150
La antropometría como herramienta diagnóstica	151
Medidas antropométricas	151
Medición de talla y peso	152
Longitud y estatura	156
Medición del perímetro cefálico	158
Atención integral de las enfermedades prevalentes en la infancia ..	159
Objetivos de la estrategia AIEPI	160
Proceso de atención integrada de casos	161
Proyecto tamizaje metabólico neonatal	164
Importancia del tamizaje metabólico neonatal	166
Toma de muestra	166
REFERENCIAS	169
CAPÍTULO VI: Sistema de vigilancia epidemiológica y programas del MSP	173
Introducción	173
Conceptos y definiciones	174
Objetivos y usos de la vigilancia en salud pública	178
Eventos de salud bajo vigilancia	180
El contexto de actuación de la vigilancia	181
Etapas básicas de los sistemas de vigilancia	182
Recolección de datos	184
Definición de caso	185

Selección de datos para la vigilancia.....	186
Fuentes de datos para la vigilancia.....	187
Tipos de vigilancia	190
Notificación de casos.....	191
Los sistemas de vigilancia y los programas de control	193
Medidas de control	193
Programa de prevención y control de la tuberculosis.....	194
Información epidemiológica	194
Prevención y control del VIH/SIDA e ITS	195
Programas de Inmunización	196
Prevención y control: Respuesta de la OPS	197
Programa para la promoción del envejecimiento saludable	198
Década de envejecimiento saludable en las Américas (2021-2030).....	199
Programa para la salud del adolescente	200
Retos para la acción preventiva.....	200
REFERENCIAS	202

INTRODUCCIÓN

La profesión de la enfermería tiene como objeto los cuidados de la población, por tanto, la esencia de esta disciplina reside precisamente en la atención de las necesidades de cuidados de la población, incorporando además un enfoque holístico. En el caso de la enfermería familiar y comunitaria la atención de cuidados a la población se debe hacer de forma coordinada con el resto de profesionales sanitarios y no sanitarios que forman parte del equipo de atención primaria, asumiendo siempre la responsabilidad tanto de sus juicios clínicos como de las actuaciones que de ellos se deriven. La OMS considera que la especialidad de la enfermería familiar y comunitaria ha de contar con conocimientos profundos sobre la complejidad, tanto de las personas, familias y grupos como de las interacciones que se producen entre ellos.

En tal sentido, la presente obra se enfoca en la participación del profesional de la enfermería en el cuidado compartido de la salud de las personas, las familias y las comunidades, ya que su práctica requiere de un pensamiento interdisciplinario, de una actuación multiprofesional y en equipo, y de una participación activa de las personas a las que atiende, con visión holística del ser humano en relación con el contexto familiar, social y ambiental. Cabe destacar que este libro parte del trabajo realizado por varios profesionales, esperando que sea un instrumento útil para la mejorar la atención a la familia y comunidades, tanto desde el punto de vista técnico como humano.

La exposición del contenido de esta obra se ha estructurado en seis capítulos:

El capítulo I discute sobre la salud pública, iniciando con la definición de salud, la salud como objeto de conocimiento para continuar con la definición de la salud pública, las funciones de la salud pública en América y la salud pública en Ecuador. El capítulo II se plantea los temas relacionados

con la familia, comunidad y promoción de la salud, donde se abordan los conceptos de familia, sus funciones, salud familiar, comunidad, participación comunitaria en la salud y el propósito de la promoción y prevención de la salud.

El capítulo III se enfoca en la enfermería comunitaria, partiendo de una breve reseña histórica de la enfermería comunitaria en América Latina, definiciones sobre la enfermería comunitaria y su vinculación con la atención primaria en salud. El capítulo IV se refiere al modelo de atención integral de salud, familiar, comunitario e intercultural, con especial atención al marco conceptual, componentes del modelo y el marco legal.

La evaluación de crecimiento de niños y niñas menores de cinco años se describe en el capítulo V iniciando con la lactancia materna, alimentación complementaria, la antropometría como herramienta de diagnóstica, siguiendo con la atención integral de las enfermedades prevalentes en la infancia y proyecto tamizaje metabólico neonatal. Finalmente, el capítulo V se enfoca en el sistema de vigilancia epidemiológica, partiendo de los objetivos y usos de la vigilancia en salud pública, las etapas básicas de los sistemas de vigilancia, los sistemas de vigilancia y los programas de control.

Enfermería
SALUD PÚBLICA

CAPÍTULO I: SALUD PÚBLICA

Qué se entiende por salud

La idea de lo que se entiende por salud depende de la interacción de múltiples factores sociales, políticos, económicos, culturales y científicos. Como señala Briceño-León (1), la salud es una síntesis; es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional.

Todos los procesos anteriores no están aislados ni son independientes, sino que se imbrican unos con otros, por lo que la salud depende en último término de la capacidad de controlar la interacción entre el medio físico, el espiritual, el biológico y el económico y social. Es por ello que la salud es un fenómeno social que sólo puede ser explicado teniendo en cuenta que se trata de una estructura de alto grado de complejidad como son los hechos humanos donde entra en acción una elevada cantidad de variables con fuerte interacción entre ellas.

La idea de salud responde además a una condición histórica, pues en cada momento, determinada sociedad puede tener una visión particular de la misma. De hecho, cada época corresponde a cierta estructura irreplicable de poder, técnicas, ideas, valores, costumbres, creencias y normas. De manera que la noción de lo que se entiende por salud es un producto o construcción social, tal como lo sostiene Emile Durkheim, citado en Ritzer (2) un hecho social que puede ser tratado como cosa y es externo y coercitivo al individuo. En otras palabras, se trata de un fenómeno medible.

Es evidente que múltiples fenómenos relacionados con la salud son medibles o susceptibles de observación empírica. Se puede determinar estadísticamente mediante la recolección de datos en una población,

su tasa de natalidad o mortalidad, la esperanza de vida, la incidencia del paludismo o el dengue y la proporción de médicos por habitantes, los cuales son algunos indicadores que se integran a su vez al concepto de salud, para establecer su nivel.

Sin embargo, en el presente trabajo se considera la noción de salud no simplemente como un hecho social material, es decir, como entidades reales y materiales; sino como un hecho social inmaterial, como normas y valores culturales que no necesariamente se exteriorizan y materializan (2). Por ejemplo, la percepción del estatus y el prestigio de los médicos en las sociedades occidentales en pleno siglo XX, considerada como hecho social inmaterial, difería mucho de los profesionales de la medicina que daban los primeros pasos hacia la consolidación de la disciplina como ciencia en la Europa de los siglos XVII y XVIII. Cuando en el viejo continente estaban en pleno desarrollo los avances y descubrimientos del método científico, la condición de estar sano o enfermo era predominantemente atribuible a los designios divinos de corte netamente mágico-religioso.

La salud y la enfermedad no se consideraban en el mayor de los casos relacionadas con algún organismo microbiológico o con factores hereditarios, psicológicos o sociales. En esos tipos de sociedades, los charlatanes, magos y brujos eran quienes socialmente tenían la función de prescribir remedios para los malestares y proporcionar la cura a los enfermos. El profesional de bata blanca, que actualmente está en los consultorios y hospitales modernos, estaba lejos de entrar en escena y ser socialmente legitimado para desempeñar el oficio de la medicina, cumpliendo con la función social de determinar quién se encuentra sano o enfermo.

Definición de salud según la OMS

En la actualidad, la definición más importante e influyente con respecto a la salud es, sin dudas, la ofrecida por la Organización Mundial de la Salud

(OMS), plasmada en el preámbulo de su Constitución y que dice: La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (3). En este documento también se establecen los siguientes principios básicos para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos:

- El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.
- La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.
- Los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos. La desigualdad de los diversos países en lo relativo al fomento de la salud y el control de las enfermedades, sobre todo las transmisibles, constituye un peligro común.
- Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas.

A pesar de que fue oficializada hace 75 años, esta definición es relevante por su institucionalidad, pues es la que sirve de base para el cumplimiento de las competencias de la OMS, que es el máximo organismo gubernamental mundialmente reconocida en materia de salud y uno de los principales actores en dicha materia. En tal sentido, la OMS viene a ser un ente internacional que da pie para que dentro de muchos Estados Nacionales se tomen medidas de políticas públicas sanitarias gubernamentales para mejorar las condiciones de vida de sus ciudadanos. De ahí la necesidad de un Estado Social que regule de manera coordinada las políticas de salud pública para evitar males mayores que los ciudadanos sin un Estado promotor de mejoras sociales sería incapaz de lograr por sí mismo.

Uno de los propósitos de la OMS es el de difundir su definición de salud para crear una delimitación homogénea de alcance global. Esta definición ha sido acogida a nivel nacional por casi todos los países del mundo, incorporándola en la legislación interna de cada uno de ellos. Cabe señalar, que esta homogeneización también se aplica con respeto al estudio de las enfermedades en vista de que las mismas trascienden las fronteras de los países, motivo por el cual se creó la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) por parte de la OMS la cual es revisada y actualizada periódicamente (4).

Críticas a la Definición de Salud de la OMS

La definición de salud de la OMS tiene tanto sus ventajas prácticas como sus respectivas críticas. Entre sus críticas, Navarro (5) acotó que la misma tiene un problema epistemológico importante, pues da por sentado que hay un consenso universal sobre lo que significan los términos clave de la definición, esto es, salud y bienestar, por lo que se trata de una definición ahistórica y apolítica. Con esto la OMS en cierta medida se estaría librando de la responsabilidad de clarificar quién decide lo que es bienestar y salud, soslayando la controversia política que dichas definiciones acarrearán, al mismo tiempo que deja entrever que la salud es un concepto científico que se aplica a todos los grupos sociales y a todos los períodos históricos por igual.

Dentro de esta perspectiva crítica, teórico-metodológica sostenida por Navarro, llama la atención el comentario con respecto a la supuesta científicidad de la definición de salud de la OMS, pues como es bien sabido, la ciencia siempre ha pretendido tener una legitimidad basada en una suerte de objetividad a la hora de aproximarse al estudio de la realidad y crear el conocimiento.

Esta posición era y sigue siendo la practicada por la corriente del pensamiento positivista, quienes están convencidos de que encontrarán

las leyes invariables de la sociedad. Pero lo cierto es que la definición de salud está impregnada de un fuerte componente cultural, que en las épocas de globalidad es multicultural, lo que no le permite escapar de las presiones de los intereses políticos y económicos de cualquier época y lugar determinados.

Por lo tanto, es obvio que en este caso la definición de salud puede, por lo amplio de su extensión, ser utilizada de manera subjetiva para legitimar los intereses de cualquier grupo de presión, partido político, clase dirigente, movimiento social o actor económico. A fin de cuentas, la ciencia como producto cultural hace imposible la separación del investigador de su ideología, impidiendo el mito de una ciencia libre de valores.

Adicionalmente, la idea de “completo bienestar” introduce la noción de normalidad en la salud (1). En medicina se suele utilizar el adjetivo normal como sinónimo de salud. Lo normal es lo que acostumbra suceder en forma común y corriente. De manera tal que lo normal sería el promedio o estándar de una situación determinada. Entonces se tiene una definición estadística de salud que no se ajusta a la realidad biológico-ecológica y social porque el hombre y su ambiente están sometidos constantemente a la variación que no admite modelos fijos (6).

Sin embargo, esta definición estadística de normalidad plantea un gran inconveniente en los casos en que las personas promedio se comporten de manera reprochable, tal y como ocurrió en la Alemania nazi durante la Segunda Guerra Mundial, donde las prácticas inhumanas y genocidas fueron consideradas como normales (7).

De cualquier modo, entre los seres humanos a los que se les califica como normales se presentan variaciones biológicas y sociales que generan situaciones diversas, en forma tal que lo que es considerado normal en un lugar puede ser anormal en otro. Por lo tanto, la salud también es un concepto

relativo, tanto en la dimensión espacial como temporal, variando de una cultura a otra según el contexto específico.

En este contexto, la idea de normalidad en salud es controversial, pues existen casos en los que una persona puede aparentar estar saludable y sin embargo ser portadora del virus del VIH-SIDA, del Virus del Papi-loma Humano (VPH), de la hepatitis "B", padecer hipertensión arterial, tener diabetes, o sufrir osteoporosis, lo que ocasionaría una limitación científico-práctica a la hora de determinar oportunamente el estado de salud de una persona. También se presenta el hecho de que existen condiciones que en la actualidad podrían muy bien no ser considera-das como enfermedad o como un problema relacionado con la misma, puesto que tanto el conocimiento científico como las mismas fuerzas sociales y políticas de una época son las que van a determinar si una condición es o no una enfermedad. Un caso ilustrador de lo anterior es el de la homosexualidad.

Por lo tanto, si bien existen patrones socialmente aceptados o deseables, contruidos a partir de la interacción e interdependencia compleja de múltiples fuerzas y hechos sociales, referidos a lo que es o no es norma-lidad, no es posible construir a partir de allí una idea de normalidad que se imponga, excluyendo o considerando enfermos a quienes se salgan del patrón o modelo (1). El peligro político y social de lo anterior es la discriminación de aquellos a quienes no se consideren como normales, fomentando así el germen de la segregación y el rechazo social de deter-minados grupos o personas en base a criterios establecidos por grupos de poderes antidemocráticos e intolerantes.

Queda claro entonces, que la salud es un fenómeno que trasciende el campo exclusivamente médico, por lo que requiere de la intervención de otras disciplinas, como las ciencias sociales, para establecer análisis, síntesis y diagnósticos más acertados y con mayor utilidad explicativa.

Esto permite la creación de sistemas institucionales para dar asistencia, recursos y capacitación humana en pro de mejorar las condiciones de calidad de vida de los ciudadanos.

Ventajas de la definición de salud de la OMS

En lo referente a las ventajas de la definición de salud de la OMS, se tiene que la misma superó el enfoque asistencialista sanitario predominante en gran parte de los países. Este enfoque tenía una noción negativa de la salud, pues la entendía como la ausencia de enfermedad o lesión. De esta forma se expresa la preocupación general de considerar a la salud como mucho más que una simple colección de negaciones, el estado de no padecer ninguna situación indeseable concreta (8).

Por su parte, se trata de una definición holística y progresista que considera a la salud, ya no sólo como un fenómeno meramente somático y psicológico, sino también social. La salud se considera así como un fenómeno complejo que debe ser abordado a través de la interdisciplinariedad, pues para poder comprenderla en su multidimensionalidad es necesario que concurren diversas disciplinas que interactúen y se integren entre sí. Esto representa una importante superación del paradigma biologicista, que a partir de la revolución de la microbiología, consideraba a la salud como exclusivamente individual, reforzando en forma acentuada el paradigma curativista de la medicina (9). Esta sería una de las vías para enmendar uno de los dramas de la medicina contemporánea que siendo básicamente biológica, ignora la etiología no-biológica de muchas enfermedades y su correspondiente terapéutica, igualmente no biológica (10).

Se recalca entonces, la necesidad de hacer un mayor énfasis en que las intervenciones en el ámbito de la salud incluyen no sólo los servicios clínicos que se centran en su mayor parte en lo somático y lo psicológico, sino también en las intervenciones sociales tales como las de producción,

distribución de la renta, consumo, vivienda, trabajo, ambiente, etcétera (5). En este sentido, se hace fundamental una definición de salud que no se limite a la mirada biomédica (11).

Y es en este punto en el que la economía, la ciencia política, la ecología, la antropología y la arquitectura, entre otras, se suman para contribuir a la promoción, mantenimiento y preservación de la salud, a través de un enfoque interdisciplinario y post-positivista, entendiendo por interdisciplinarios los estudios que reúnen varios investigadores de diversas disciplinas pero con interacción de términos, enfoques y metodología, lo cuales se integran desde el comienzo, teniendo en cuenta los procedimientos y trabajo de los otros en vista a una meta común que define la investigación (10).

La salud como objeto de conocimiento complejo

De acuerdo con Leff (12), puede afirmarse que la salud es también un objeto de conocimiento complejo, que ha perdido la susceptibilidad de ser explicado eficientemente desde una perspectiva disciplinaria reduccionista y fragmentada, motivado a su multidimensionalidad. Un área de estudio de este tipo va mucho más allá del enfoque positivista, planteando un quehacer interdisciplinario, esto es, un paradigma «basado tanto en la elaboración de un marco conceptual común que permita la articulación de ciencias disímiles como en el desarrollo de una práctica convergente» (13).

Por lo tanto, la salud comporta un abordaje desde la interdisciplinariedad, por estar enmarcada en el área de intersección de diversas ciencias, tanto naturales como sociales. En tal sentido, la salud deja de ser un fenómeno exclusivamente médico, encerrado en el interior de los hospitales, para conformar un tema que les atañe a todos los actores de la sociedad, siendo una medición cuando los gobiernos están haciendo las cosas de manera

acertada en el sector salud desde una política de Estado que sea eficaz y perdure en el tiempo.

Por todo lo anterior, se coincide con la idea de Briceño-León (1) que señala la necesidad de hablar de la consolidación de un conocimiento integrado, capaz de fomentar el diálogo interdisciplinario para explicar la complejidad que suscita el estudio de la salud. A este conocimiento interdisciplinario se le denominaría como ciencias sociales de la salud.

El binomio Salud-Enfermedad como proceso

Hay que dejar claro y hacer énfasis en que no es conveniente hablar de salud a secas sin considerarla indisolublemente ligada a la enfermedad. Se trata entonces de un proceso, el proceso salud-enfermedad. En éste orden de ideas, se dice que cada quien tiene salud en algún grado, bien sea excelente condición, medianamente bien, con algún malestar, o definitivamente mal.

De aquí que la salud pueda ser ubicada en una escala gradual, al igual que la enfermedad y la invalidez. Ni la salud ni la enfermedad son estáticas ni estacionarias. Detrás de toda condición de salud o enfermedad está el riesgo de su alteración más o menos constante. Estas condiciones son procesos continuos; una lucha por parte del hombre para mantener su equilibrio contra las fuerzas biológicas, físicas, mentales y sociales que tienden a alterar ese equilibrio de salud (14).

No existe un límite preciso entre salud y enfermedad, pues ciertos eventos fisiológicos o patológicos suceden silenciosamente durante períodos de latencia más o menos prolongados, mientras los cuales el ser humano puede funcionar de manera aparentemente saludable dentro de su sociedad. El hecho de que determinadas personas sean calificadas como sanas mientras que otras son etiquetadas como enfermos obedece a criterios meramente prácticos, como por ejemplo para calcular las tasas

de morbilidad o determinar cuándo un trabajador necesita reposo médico y puede ausentarse de sus labores.

Entonces, la salud y la enfermedad conforman un binomio; representan la unión de dos términos apostados en los extremos del proceso salud-enfermedad, semejando dos áreas entrelazadas que se tocan y se diferencian al mismo tiempo.

Definición de Salud Pública

Para la OMS la Salud Pública es el conjunto de actividades sociales y políticas destinadas a mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de las poblaciones mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria (15).

En el año 2002, la Organización Panamericana de la Salud propone la siguiente definición en el contexto de Iniciativa de Salud Pública de las Américas: La Salud Pública es el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo.

En la actualidad, la Salud Pública es la práctica social integrada que tiene como sujeto y objeto de estudio, la salud de las poblaciones humanas y se le considera como la ciencia encargada de prevenir la enfermedad, la discapacidad, prolongar la vida, fomentar la salud física y mental, mediante los esfuerzos organizados de la comunidad, para el saneamiento del ambiente y desarrollo de la maquinaria social, para afrontar los problemas de salud y mantener un nivel de vida adecuado.

Características básicas de la calidad en salud

La salud pública según la OMS, debe alcanzar ciertos estándares de calidad satisfactorios en las siguientes dimensiones:

- Efectividad: este fundamento se atribuye a aspectos como el conocimiento, la experiencia y habilidades empleadas por los profesionales del servicio.
- Oportunidad: es básico de la calidad sanitaria, ya que hace referencia a la buena atención prestada al paciente en el momento adecuado, en el instante preciso, independientemente de su patología y tratamiento.
- Seguridad: este fundamento se refiere a que ningún tipo de tratamiento o asistencia médica debe generar o agravar las lesiones existentes en el paciente.
- Eficiencia: se refiere a que cada paciente debe recibir la atención necesaria en el momento indicando, al menor costo posible. Adicionalmente la realización y ejecución del trabajo consumiendo la menor cantidad de recursos posible.
- Equidad: indica que características como sexo, raza, creencias religiosas, ideología política, ubicación geográfica, nivel socio económico o cualquier otro adjetivo no pueden suponer bajo ningún tipo de circunstancia una desigualdad, debido a que la salud debe ser impartida por igual para todos los individuos.
- Atención centrada en el paciente: este fundamento está basado en una interacción respetuosa con el paciente, indicando esto, que no se debe juzgar a la persona en ningún momento y mucho menos por cosas como su ideología, creencias, gustos, calidad de vida y sexualidad.

Es importante destacar que la mayoría de centros de salud tienen su concepto y aplicación de la misma dependiendo de distintos factores, pero las directrices principales deben seguirse del órgano mundial encargado de la gestión de la salud.

Once funciones esenciales de la salud pública para la Región de las Américas

De acuerdo con la Organización Panamericana (16) las funciones esenciales de la salud pública (FESP) son las capacidades de las autoridades de salud, en todos los niveles institucionales y junto con la sociedad civil, para fortalecer los sistemas de salud y garantizar un ejercicio pleno del derecho a la salud, actuando sobre los factores de riesgo y los determinantes sociales que tienen un efecto en la salud de la población.

Esta propuesta tiene una perspectiva institucional en términos de las capacidades del Estado y la sociedad para ejercer funciones esenciales para proteger la salud de la población. Otro de los rasgos que sobresalen de la definición es reconocer a las autoridades de salud como principal sujeto responsable del ejercicio de las FESP en todos los niveles institucionales (16).

Las once funciones esenciales que los sistemas de salud deberían observar se basan en evaluar el estado de salud de la población y los factores de la mala salud, desarrollar políticas para fortalecer los sistemas de salud y abordar los determinantes, asignar los recursos necesarios, y garantizar el acceso a todas las intervenciones y servicios de salud pública (16). Estas funciones esenciales son:

1. Monitoreo y evaluación de la salud y el bienestar, la equidad, los determinantes sociales de la salud y el desempeño e impacto de los sistemas de salud;
2. La vigilancia en la salud pública: el control y la gestión de los riesgos para la salud y las emergencias;
3. Promoción y gestión de la investigación y el conocimiento en el ámbito de la salud;
4. Formulación e implementación de políticas de salud y promoción de legislación que proteja la salud de la población;

5. Participación y movilización social, inclusión de actores estratégicos y transparencia;
6. Desarrollo de recursos humanos para la salud;
7. Asegurar el acceso y el uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales de calidad, seguras y eficaces;
8. Financiamiento de la salud eficiente y equitativo;
9. Acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad;
10. Acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables;
11. Gestión y promoción de las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud.

Niveles de atención en salud

Clásicamente se distinguen tres niveles de atención. El primer nivel es el nivel más cercano a la población, o sea el nivel del primer contacto. En el segundo nivel se encuentran los hospitales de referencia, y el tercer nivel es el formado por hospitales de alta tecnología e institutos especializados. Mientras que hay poca variabilidad en la conceptualización estructural y funcional del segundo y tercer nivel, existe una gran variedad de estructuras para el primer nivel de atención. Según el país este primer nivel puede ser formado por diferentes estructuras o formas organizativas: médicos de familia en consultorios individuales, equipo de médicos de familia (y a veces equipos multidisciplinarios con otros profesionales de la salud), centros de salud, policlínicos, o una combinación de estas variantes (17).

Actividades de la salud pública

Las actividades más destacadas de la salud pública son:

- Protección de la Salud: Son actividades de salud pública dirigidas al control sanitario del medio ambiente en su sentido más amplio, con

el control de la contaminación del suelo, agua, aire y de los alimentos. Además, se incluye la seguridad en el trabajo y en el transporte.

- **Promoción de la Salud:** Son actividades que intentan fomentar la salud de los individuos y colectividades, promoviendo la adopción de estilos de vida saludables, mediante intervenciones de educación sanitaria a través de medios de comunicación de masas, en las escuelas y en atención primaria. Así para toda la comunidad que no tienen los recursos necesarios para la salud. La educación sanitaria debe ser complementada con los cambios necesarios en el medio ambiente y en las condiciones sociales y económicas que permitan a los ciudadanos el ejercicio efectivo de los estilos de vida saludables y la participación en la toma de decisiones que afecten a su salud.
- **Prevención de la Enfermedad:** Se basa en intervenciones de prevención primaria, prevención secundaria o detección precoz de enfermedades y de prevención terciaria o de contención y rehabilitación de la secuela dejada por el o los daños de las funciones físicas, psíquicas o sociales.
- **Restauración de la Salud:** Consiste en todas las actividades que se realizan para recuperar la salud en caso de su pérdida, que son responsabilidad de los servicios de asistencia sanitaria que despliegan sus actividades en dos (2) niveles: atención primaria y atención hospitalaria.

Dos concepciones divergentes de la salud en América Latina y el Caribe

Un aspecto importante en el debate sobre la salud es el carácter histórico y temporal de los sistemas de salud, como respuesta concreta que una nación o colectividad construye para satisfacer las necesidades y demandas de salud de su población. Esa respuesta está, sin duda, directamente relacionada con la concepción de salud que prevalezca en esa sociedad.

Desde esa perspectiva, hoy se confrontan en el mundo, y también en la región suramericana, dos concepciones polares: por un lado, la salud entendida como derecho humano y social fundamental, parte del derecho a la vida, que debe ser garantizado por el Estado; y por otro lado, una concepción de la salud como «servicio o bien de mercado» que está regido por las leyes de la oferta y la demanda, debiendo el Estado intervenir sólo para garantizarlo a los más pobres, a los excluidos de la dinámica social.

Esta última es la concepción que predominó en las agendas sectoriales derivadas del Consenso de Washington que tuvieron hegemonía en la década de 1990 y fueron promovidas por los organismos financieros multilaterales. Reformas implementadas a partir de esta visión favorecieron la privatización de la salud y profundizaron las desigualdades en América Latina (18).

Se puede decir que los componentes fundamentales de un sistema de servicios de salud son cuatro:

1. Las políticas sanitarias y sus normas enmarcadas en las grandes políticas sociales y de desarrollo económico que definen el Estado y la sociedad;
2. Los profesionales, técnicos y personas que conforman el sistema;
3. La red de servicios y sus modelos de atención y gestión; y
4. Los insumos necesarios para cumplir sus objetivos.

La dinámica e interrelación de esos componentes está dada por la forma en que se financian, gestionan, regulan y se prestan los servicios. Además, cuando hablamos de sistemas de salud, es necesario pensar no solo en las políticas, instituciones, recursos, financiamiento, normas o estructuras formales que los integran, sino también en los procesos participativos, en el protagonismo de la comunidad, de los usuarios, actores claves para la producción de su propia salud, y en todo aquello que desde el

sentir y el saber social toma parte en la forma de hacer salud, incluida la medicina tradicional de los pueblos. De ahí que el sistema de salud deba entenderse como una construcción histórica y social y como las respuestas concretas que construye una sociedad para satisfacer las necesidades de salud de su población, con el objetivo básico de promover y mantener la salud.

Evolución de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe

A lo largo de la historia, el abordaje de la salud ha sido variable, concebida por las culturas originarias como parte indisoluble de la vida, pero asociada posteriormente a una visión que redujo la salud a la enfermedad y las respuestas a la curación, hospicios e instituciones de caridad, básicamente para atender a los más pobres. Desde el punto de vista institucional, en América Latina, los sistemas de salud surgen en la primera mitad del siglo XX con políticas enfocadas fundamentalmente al control de las grandes epidemias vinculadas al creciente intercambio comercial, que diezaban la población y dificultaban los intereses económicos (19).

El primer ministerio de salud (MS) de la región latinoamericana es el cubano, que data de 1902, año de la creación de la Organización Panamericana de la Salud como Oficina Sanitaria Internacional y, posteriormente, Oficina Sanitaria Panamericana (1923). En Suramérica surge primero el MS de Chile (1932), luego siguen Perú (1935), Venezuela y Paraguay (1936); el último ministerio creado fue el de Ecuador, en 1967. Simultáneamente, bajo la influencia de las corrientes bismarckianas, se crearon los seguros sociales, pensados para atender a la población asalariada, con relación formal de trabajo, y a veces a su familia. En la Alemania de fines del siglo XIX, ante el auge de la industrialización, las luchas de los trabajadores por mejores condiciones de trabajo, los reclamos de grupos políticos y sectores

académicos, se hizo necesario implementar medidas que garantizaran la estabilidad del sistema.

Esto motivó que el entonces canciller alemán, Bismarck, impulsara un conjunto de leyes que hasta hoy son la base de muchos sistemas de seguridad social. Así quedaron establecidos los seguros obligatorios contributivos, restringidos a la clase trabajadora, que cubrían enfermedades, accidentes, invalidez y vejez y eran financiados por el Estado, los patrones y los trabajadores. Luego, esta seguridad se haría extensiva a la familia del trabajador y a otras áreas, como educación y vivienda, no sólo en Alemania sino también en otros países del mundo.

Años más tarde, Beveridge, en Inglaterra, da un salto en la mirada a la seguridad social, imprimiéndole un carácter integral y universal. Su informe, en 1942, proponía extender los beneficios de la seguridad social a toda la población como un derecho social solidario que obligara a la sociedad y al Estado a proporcionar un mínimo de bienestar general, independientemente de las aportaciones que pudiera realizar cada individuo al financiamiento de los servicios. Bajo este enfoque, los costos de la salud deben ser cubiertos principalmente con recursos fiscales del Estado. Este modelo es el que rige actualmente los servicios nacionales de salud en el Reino Unido y en varios países europeos.

En los años 80, Terris (20) caracterizaba los sistemas sanitarios mundiales como: i) de asistencia pública, generalmente (sub) financiados con fondos públicos; ii) de aseguramiento, dirigidos a sectores específicos de la población (trabajadores) y financiados con los aportes de los asegurados y/o sus empleadores; y iii) sistemas universales de salud que garantizan la cobertura total poblacional y de servicios, con financiamiento del Estado. En América Latina tradicionalmente predominan sistemas de salud segmentados y fragmentados, coexistiendo con sistemas de seguridad social,

de corte bismarckiano, difíciles de contextualizar en una realidad en la que el trabajo es predominantemente informal y precario (21).

La salud pública en Ecuador: evolución y características relevantes

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal es mejorar la salud de la población (22). En un sentido amplio, los sistemas de salud pueden definirse como el conjunto de las relaciones políticas, económicas e institucionales responsables por la conducción de los procesos relativos a la salud de la población, que se expresan en organizaciones, normas y servicios, que tienen como objetivo alcanzar resultados consistentes con la concepción de salud prevalente en la sociedad (23). Cada país construye su sistema de salud, basado en los modelos de desarrollo y determinantes políticos, sociales y culturales.

Sistema de Salud de Ecuador

El Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico. Se organiza en forma de república y se gobierna de manera descentralizada.

La Constitución de Ecuador (24) aprobada en el año 2008 establece el marco jurídico-legal para instituir el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, en el que se incluye la salud. Los textos constitucionales establecen que la salud es un derecho y señalan las características del sistema nacional de salud que funcionará dentro de principios de universalidad y equidad, con una red pública integral de salud y bajo la rectoría de la autoridad sanitaria nacional. En este sentido, los artículos de la nueva Constitución favorecen la reforma del sector, que en el país ha tomado el nombre de Transformación Sectorial de Salud del Ecuador (TSSE).

El sistema de provisión de los servicios de salud se caracteriza por la fragmentación y segmentación, ya que no existe coordinación entre actores ni separación de funciones entre subsistemas, y cada uno de ellos cuenta con una población adscrita o beneficiaria con acceso a servicios diferenciados. Cada institución del sector salud mantiene un esquema de organización, gestión y financiamiento propio (25).

Principios y normas sectoriales que regulan el Sistema Nacional de Salud

El año 2002 se promulgó la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS) de Ecuador, cuyo objetivo es establecer los principios y normas generales para la organización y funcionamiento del SNS en todo el territorio nacional. Este órgano legal establece la competencia del Ministerio de Salud Pública (MSP) en todos sus niveles como autoridad sanitaria nacional, la coordinación del relacionamiento entre las demás funciones y los integrantes del sistema, apoyado por los Consejos de Salud. En el 2006 se expidió la Ley Orgánica de Salud (LOS), que sustituyó al Código de la Salud.

La LOSNS define a la salud como un derecho humano fundamental, por lo tanto, determina la responsabilidad del Estado en su promoción y protección; y considera los problemas de salud asociados a la realidad social, cultural, étnica, generacional y de género, económica y ambiental actual. Abarca las enfermedades emergentes, crónico degenerativas, transmisibles y no transmisibles; los problemas sociales asociados a los accidentes y las violencias; las medicinas tradicionales y alternativas. Regula la incorporación de los avances técnicos y científicos, adecuándolos a las necesidades actuales y busca garantizar la calidad de los productos, acciones, bienes y servicios en salud. Busca fortalecer la coordinación intersectorial, así como conferir bases normativas sólidas al rol rector del Estado en la salud,

facilitando la participación de la sociedad, entendiendo que la salud es un compromiso de todos. Este instrumento jurídico Norma y regula los servicios de salud y el ejercicio de las profesiones de salud.

Organización del sistema de salud e instituciones que lo conforman

Cada institución del sector salud mantiene un esquema de organización, gestión y financiamiento propio. El sector público está conformado por el Ministerio de Salud Pública (MSP) que es el principal prestador de servicios, por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) que cotiza a los trabajadores formales y por los Institutos de Seguridad de las Fuerzas Armadas (ISFA) y Policía Nacional (ISPOL), además de las redes de salud de gobiernos autónomos descentralizados como municipios y prefecturas, la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JB), la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil, la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA) y la Cruz Roja Ecuatoriana. Por otro lado, el sector privado lo conforman las entidades con fines de lucro (hospitales, clínicas, consultorios), ONG´s y asociaciones de servicio social y medicina prepagada, el sector privado representa el 15% de los establecimientos de salud del país (26).

Funciones del sistema de salud en Ecuador

El artículo 32 de la Constitución de la República del Ecuador consagra a la salud como un derecho garantizado por el Estado mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. 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. En el mismo documento constitucional se 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.

Además, enuncia que el sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud y, en el artículo, así como también que el sistema de salud 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 (25).

Rectoría del sistema de salud

De acuerdo con el marco constitucional y legal vigente, el Ministerio de Salud Pública (MSP) es el ente rector de la salud en el país y lleva el liderazgo en todos los procesos definidos en las políticas de salud del gobierno. El MSP participa activamente con los diversos actores involucrados en salud para la concertación de dichas políticas a nivel sectorial a través del Consejo Nacional de Salud (CONASA), presidido por el ministro/a de salud. El ejercicio de la función de rectoría por parte del MSP es reconocido por todos los actores del sector público y privado que actúan en la salud, quienes han manifestado la necesidad de fortalecer este rol para un mejor desempeño y control del sistema de salud.

Las instituciones de Seguridad Social representadas por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) que incluye al Seguro Social Campesino (SSC), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y el Instituto de Seguridad Social de la Policía (ISSPOL) reconocen formalmente la rectoría del MSP en los aspectos referentes al acceso universal a los servicios integrales, y forman parte del CONASA.

El CONASA, creado como organismo asesor del MSP en 1980, es desde el 2002 una entidad con autonomía administrativa y financiera cuyo pro-

pósito es promover los consensos en las políticas públicas e impulsar los mecanismos de coordinación para la organización y desarrollo del Sistema Nacional de Salud conforme a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS). Su directorio está conformado por representantes de las instituciones públicas y privadas que actúan en el sector salud y funciona básicamente a través de comisiones de expertos institucionales (Planificación, Medicamentos, Recursos Humanos, Bioética), para generar acuerdos respecto a políticas, normas, reglamentos y otros instrumentos técnicos de aplicación general (25).

Organización de la Política Nacional de Salud

En el período 2002-2006, luego de un proceso participativo de consulta nacional a los diferentes actores del Estado y la Sociedad Civil promovidos por el MSP y el CONASA, se aprobó una propuesta de Política Nacional de Salud organizada en tres ámbitos de acción:

1. La construcción de ciudadanía en salud;
2. La protección integral de salud, y;
3. El desarrollo sectorial.

Los objetivos explicitados de esta Política fueron (25):

- Promover la ciudadanía en salud, la garantía, el respeto, la promoción, la protección y la exigibilidad de los derechos humanos para el ejercicio de una vida digna y saludable;
- Garantizar la protección integral de la salud de la población ecuatoriana facilitando los medios para promover la salud, tanto física como mental, prevenir y enfrentar las enfermedades y sus causas, mitigando sus efectos biológicos, económicos y sociales; y
- Desarrollar las capacidades del sector salud mediante procesos organizativos y participativos que conduzcan al establecimiento y

funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, el desarrollo integral del talento humano, el desarrollo científico y tecnológico y el impulso a los sistemas de información y la dotación de recursos materiales, tecnológicos y financieros.

En concordancia con los mandatos legales, el MSP ha establecido su misión y visión institucional como ente rector del sector salud, señalando entre sus lineamientos estratégicos que:

- Asegurará el acceso universal y solidario a servicios de salud con atención integral de calidad para todas las personas, familias y comunidades especialmente a las de condiciones más vulnerables, para garantizar una población y ambientes saludables
- Impulsar la participación de la comunidad y del personal de salud en la formulación y aplicación desconcentrada y descentralizada de las políticas sanitarias
- Velar por el cumplimiento del principio consagrado en la Constitución Política, en la cual el Estado garantiza el derecho irrenunciable a la salud, su promoción y protección, incorporando prácticas de medicina tradicional y alternativas, involucrando a todos los sectores y actores responsables en los ámbitos nacional, provincial y local, mediante la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, de manera desconcentrada, descentralizada y participativa, cumpliendo con los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia.

Medicamentos y otros productos sanitarios

Las líneas fundamentales de la política nacional de medicamentos (1999) se orientan a garantizar la disponibilidad, el acceso, la calidad, el uso racional y el menor precio de los mismos. La Ley de Producción, Importación, Comercialización y Expendio de Medicamentos de Uso Humano del 2000

establece normativas orientadas a ampliar el mercado de medicamentos genéricos, a incentivar su producción nacional y a facilitar su registro mediante el procedimiento de homologación con los productos importados.

Retos del sistema de salud pública del Ecuador

La mayoría de países de la región de América Latina y el Caribe requieren de profundos cambios estructurales en sus sistemas de salud para que éstos puedan contribuir de manera efectiva a la protección social, a garantizar el derecho a la salud de todos sus ciudadanos y a la cohesión social (27).

En este marco de ideas, los retos que enfrenta el sistema de salud ecuatoriano son:

- El aumento de los costos en salud
- El envejecimiento de la población
- El cambio del perfil epidemiológico
- El modelo de atención centrado en la curación
- Los cambios culturales y sociales de los usuarios del sistema
- La presencia de nuevas tecnologías
- El aumento de las expectativas de los ciudadanos

De igual forma, para fortalecer la prestación de servicios de salud más equitativos e integrales para todos los habitantes del país se hace necesaria la superación de la segmentación del sistema de salud, es decir, la existencia de subsistemas debido a distintas fuentes y arreglos de financiamiento, reflejando una segmentación social por capacidad de pago o por inserción en el mercado laboral. Este rasgo estructural consolida y profundiza la desigualdad entre grupos sociales y es factor de exclusión social. De esta manera los pobres e informales quedan fuera. También

urge corregir la fragmentación organizacional, esto es, la coexistencia en el territorio de infraestructura y capacidades de diversos subsistemas sin coordinación y menos integración. Esto eleva los costos por duplicación y por mayores costos de transacción así como genera diferentes tipos y calidades de prestaciones (28).

REFERENCIAS

1. Briceño-León R. Bienestar, salud pública y cambio social. In Briceño-León R, De Souza M, Coimbra C, (Coords.). Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales. Río de Janeiro: Editora Fiocruz.; 2000. p. 5-24.
2. Ritzer G. Teoría sociológica clásica. Quinta ed. Madrid: Mc Graw Hill; 2002.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Documentos básicos. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2014 [cited 2023 Octubre 24. Available from: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf>.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Publicación de la CIE-11 2022. [Online].; 2022 [cited 2023 Octubre 28. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/11-02-2022-icd-11-2022-release#:~:text=La%20Clasificaci%C3%B3n%20Internacional%20de%20Enfermedades,y%20es%20ahora%20totalmente%20digital>.
5. Navarro V. Concepto actual de la salud pública. In Martínez F, Castellanos P, Navarro V. Salud Pública. Ciudad de México: Mc Graw-Hill; 1998. p. 49-54.
6. San Martín H, Pastor V. Economía de la salud. Teoría social de la salud. Madrid: Mc Graw-Hill; 1989.

7. Urdaneta-Carruyo E. Siglo XX: cien años de miseria y esplendor. *Gaceta Médica de México*. 2005; 141(1): p. 75-84.
8. Evans R, Stoddart G. Producir salud, consumir asistencia sanitaria. In Evans R, Barer M, Marmor T. ¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Madrid: Editorial Díaz de Santos; 1996. p. 29-70.
9. Ramos- Domínguez B. Enfoque conceptual y procedimiento para el diagnóstico o análisis de la situación de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2006; 32 (2): p. 164-170.
10. Martínez M. La investigación cualitativa (síntesis conceptual). *Revista IIPSI*. 2006; 9(1): p. 123-146. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v09_n1/pdf/a09v9n1.pdf.
11. Moreno-Altamirano L. Reflexiones sobre el trayecto salud-pade-cimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud Pública de México*. 2007; 49(1): p. 63-70.
12. Leff E. *Ecología y capital*. México D. F: Siglo XXI Editores; 1994.
13. García R. Conceptos básicos para el estudio de sistemas complejos. In Leff E, (Coord.). *Los problemas del conocimiento y la perspectiva ambiental del desarrollo*. México D.F: Siglo XXI Editores; 1996. p. 45-71.
14. Freitez N. *Proceso salud enfermedad y sus modelos curativos*. Trabajo no publicado, Mérida. Venezuela: Universidad de Los Andes; 2001.
15. Cantú-Martínez P. *Promoción de la salud: Una tarea y desafío vigentes*. Primera ed. Monterrey, México: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2012.
16. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Funciones esenciales de salud pública*. [Online].; 2023 [cited 2023 Octubre 26. Availa-

ble from: <https://www.paho.org/es/temas/funciones-esenciales-salud-publica>.

17. Van der Stuyft P, De Vos P. La relación entre los niveles de atención es un determinante clave de la salud. *Rev. Salud Pública Cubana*. 2008 Oct-Dic; 34(4): p. 1-5. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400014&lng=es.
18. Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90.. *Cadernos de Saúde Pública*. 2002; 18(4): p. 905-925. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000400002>.
19. Rovere M, Sacchetti L. La Salud Pública en las relaciones internacionales: cañones, mercancías y mosquitos. 2nd ed. Argentina: Editorial el Ágora; 2011.
20. Terris M. Tres Sistema Mundiales de Atención Médica. *Cuadernos Médico Sociales*. 1980; 14: p. 27-35.
21. Sojo A. Condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: derechos sociales, políticas de protección social y restricciones financieras y políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(6): p. 2673-2685.
22. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. [Online].; 2000 [cited 2023 Octubre 26. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA53/sa4.pdf.
23. Giovanella L, Ruiz G, Feo O, Tobar S, Faria M. Sistemas de salud en América del Sur. In Giovanella L, Feo O, Faria M, Tobar S, (orgs.). *Sistema de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la*

integralidad y la equidad. Rio de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud; 2012. p. 22-65.

- 24.** Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de la República del Ecuador. Título II Derechos; Título VII Régimen del buen vivir, sección segunda Salud. Ecuador. ; 2008.
- 25.** Organización Panamericana de la Salud (OPS). Perfil de Sistema de Salud. Ecuador, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Tercera ed. Washington, D.C: OPS; 2008.
- 26.** Chang Campos C. Evolución del sistema de salud de Ecuador. Buenas prácticas y desafíos en su construcción en la última década 2005-2014. An Fac med. 2017; 78(4): p. 452-60. Doi: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i4.14270>.
- 27.** Roses M. Palabras de cierre de la "Conferencia internacional de salud para el desarrollo: derechos, hechos y realidades: de alma ata a la declaración del milenio". Buenos Aires, Argentina;; 2007.
- 28.** Organización Panamericana de la Salud (OPS). Sistemas Integrados de Servicios de Salud: Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. [Online].; 2010 [cited 2023 Octubre 27. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31323>.

Enfermería
FAMILIA, COMUNIDAD Y PROMOCIÓN
DE LA SALUD

CAPÍTULO II:

FAMILIA, COMUNIDAD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Familia

La familia como un sistema

Cada vez que se discute el concepto de familia, es necesario definir antes qué se entiende por familia. La familia se puede definir como un sistema social compuesto de dos o más individuos con un fuerte compromiso emocional y que viven dentro de un hogar común. Cuando se estudia la familia como un sistema, es necesario examinar las relaciones y las interacciones de los miembros de la familia. La familia es un sistema de miembros interactuantes, diferente de los miembros individuales, y que no puede predecirse a partir de ellos.

Desde la perspectiva sistémica, se enfatiza la relación entre las partes como subsistemas, en las que los cambios, por pequeños que sean, afectan al sistema y pueden generar efectos de grandes proporciones en alguno de los miembros de la familia, adicionalmente, se considera la familia como un sistema abierto dado que tiene contacto permanente con el medio en el cual se encuentra inmersa, llevándola a una sensible transformación en su estructura y funcionamiento (1).

Al considerar la familia como un sistema abierto, y a través de la interrelación que establece con su medio social, los cambios sociales que se producen influyen en el núcleo familiar, de la misma forma hay que tener en cuenta el papel influyente de la misma sobre el desarrollo de la sociedad. Cada familia se verá enfrentada a períodos de transición durante los cuales ocurren cambios que alterarán la estructura de la familia (2).

Las familias contemporáneas enfrentan cambios en aspectos como su composición, funcionamiento, autonomía, roles e interdependencia, sus acciones como sistema independiente no son fácilmente predecibles y requieren de mayor esfuerzo para mantenerse en su equilibrio natural, por ello los vínculos se mantienen condicionados a la necesidad y son fácilmente cambiables, las múltiples interacciones que se llevan a cabo con el entorno hacen posibles innumerables opciones de la vida o complejidad familiares. La valoración de las señales de peligro del sistema familiar y la intervención de enfermería durante esos períodos de transición puede ser definitiva para ayudar a la familia a recobrar su estabilidad y que pueda encargarse adecuadamente de las necesidades de los miembros individuales. La familia permanece como sistema vital dentro de la sociedad por las funciones esenciales que desempeña tanto para sus miembros como para la sociedad.

Concepto de familia

La familia es una parte de la sociedad, en donde cada miembro evoluciona, se desenvuelve interactuando con factores internos (biológicos, emocionales, psicológicos) y externos (sociales). Al hablar de familia desde una perspectiva sistémica se la concibe como un todo diferente a la suma de sus partes, la familia es un sistema que se encuentra constituida por una red de relaciones y conformada por subsistemas (3)

Cada familia está formada por un grupo de individuos que se encuentran regidos por normas y reglas sociales de comportamiento, están interrelacionados a través de su formación van desarrollando patrones culturales, tradicionales, políticos y religiosos, tratando de lograr la satisfacción emocional e individual de cada uno de los integrantes para su mejor desarrollo.

La familia es la institución social fundamental que une a las personas vinculadas por nacimiento o por elección en un hogar y una unidad do-

mística. La familia es el entorno donde se establecen por primera vez el comportamiento y las decisiones en materia de salud. Así mismo, los factores culturales de las familias repercuten significativamente en el acceso a la salud y en las actitudes saludables; por ejemplo, las mujeres pueden dar menos prioridad a sus necesidades de salud que a otras necesidades familiares como la alimentación y la educación. Esta forma de establecer prioridades puede perjudicar a la salud de la familia; pese a ello, es en el marco de la familia donde mejor puede modificarse tal comportamiento.

La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique.

Estructura familiar

La estructura familiar no es un fenómeno estático, sino un proceso dinámico que varía según el momento histórico en que se encuentre la familia, la etapa del ciclo vital por la que transite o determinados acontecimientos vitales. Asimismo, las familias evolucionan y cambian en la medida en que lo hace la sociedad, y uno de los cambios sociales que más ha influido en la estructura familiar ha sido el económico. También se han producido cambios en los valores y normas sociales que han llegado a afectar a la estructura familiar; es el caso del incremento en el número de madres solteras, el aumento de los divorcios o el retraso en la salida de los hijos del hogar paterno. El tipo de estructura familiar guarda una estrecha relación con la función de la familia. La familia tiene funciones de acuerdo con su tipología estructural, y es lógico pensar que los roles, las actividades y las interacciones dependen de la composición familiar y del espacio en donde habitan.

Funciones de la familia

Se define a las tareas y actividades que realizan cada miembro de la familia, de acuerdo con la posición y el papel que desempeñan en el sistema familiar, lo cual con ello alcanzan los objetivos psicobiológicos, culturales, educativos y económicos que la caracterizan (4). Se reconocen las siguientes funciones:

- Socialización: promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia
- Afecto: interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal
- Cuidado: protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades (materiales, sociales, financieras y de salud) del grupo familiar
- Estatus: participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad
- Reproducción: provisión de nuevos miembros a la sociedad
- Desarrollo y ejercicio de la sexualidad

No es posible comprender de forma dialéctica y sistémica a la familia si se analizan sus funciones por separado. Es preciso su estudio con la peculiaridad y complejidad que le caracterizan en la praxis social e histórica milenaria. Como sistema al fin, la familia tiene una estructura y relaciones funcionales complejas que garantizan en el todo una singularidad y una conformación especial.

Tipos de familia

Es frecuente que las tipologías se construyan en función de diferentes criterios. Así, por ejemplo, se utilizan el número de miembros (familia nuclear o extensa), el tipo de matrimonio (monogámica o poligámica), la autoridad (patriarcal, matriarcal o igualitaria), la descendencia, la herencia o el sistema de parentesco. Si se cruza todas estas variables, los tipos de familia aumentarían considerablemente. Con el propósito de facilitar la clasificación de la familia a continuación se identifican cinco ejes fundamentales:

- **Parentesco:** El parentesco es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a ésta.
- **Presencia física en el hogar o convivencia:** La presencia física en el hogar implica algún grado de convivencia cuya importancia para la práctica de la enfermería familiar se identifica con los riesgos de enfermedades infecciosas y transmisibles. La presencia física también está vinculada con la identificación del jefe de familia y la interacción psicosocial de los miembros de las familias.
- **Medios de subsistencia:** La inserción de las familias en los procesos productivos puede propiciar una clasificación basada en los medios que son origen esencial de su subsistencia.
- **Nivel económico:** El nivel económico de las familias influye poderosamente sobre diversos elementos vinculados con la salud. La clasificación de las familias desde el punto de vista económico debe tomar en cuenta los diversos elementos que interactúan en esta perspectiva. Por su importancia y efectos sobre la salud-enfermedad, la pobreza es el indicador que en la enfermería comunitaria y familiar debe evaluar, para lograrlo deberá tomar en cuenta los elementos que integren una visión multifactorial de este fenómeno.

- Nuevos tipos de convivencia individual-familiar originados por cambios sociales: Se deben tomar en consideración los cambios que se han presentado en las sociedades modernas y que han representado diversas formas en que tienden a conformarse otros estilos de convivencia y que repercuten en la salud individual y familiar.

En la tabla 1 se resumen la clasificación o tipo de familia.

Ciclo vital familiar (CVF)

La familia vive un proceso que se ha descrito como el ciclo vital familiar, en el que se plantea una secuencia de momentos altamente significativos por las expectativas, tensión y cambios que desde ella se plantea.

Tabla 1. Clasificación o tipo de familia

Tipo de familia	Características
Con parentesco	
Nuclear	Hombre y mujer sin hijos
Nuclear simple	Padre y madre con 1 a 3 hijos
Nuclear numerosa	Padre y madre con 4 hijos o más
Reconstruida (binuclear)	Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior
Monoparental	Padre o madre con hijos
Monoparental extendida	Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco
Monoparental extendida compuesta	Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
Extensa	Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco
Extensa compuesta	Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco

No parental	Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etcétera)
Sin parentesco	
Monoparental extendida sin parentesco	Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco
Grupos similares a familias	Personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares. Por ejemplo: grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en hospicios o asilos, etcétera
Presencia física en el hogar	
Núcleo integrado	Presencia de ambos padres en el hogar
Núcleo no integrado	No hay presencia física de alguno de los padres en el hogar
Extensa ascendente	Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de alguno de los padres
Extensa descendente	Padres que viven en la casa de alguno de los hijos
Extensa colateral	Núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales (tíos, primos, abuelos, etcétera)
Estilos de vida personal-familiar originados por cambios sociales	
Persona que vive sola	Sin familiar alguno, independientemente de su estado civil o etapa de ciclo vital
Matrimonios o parejas de homosexuales	Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal sin hijos
Matrimonios o parejas de homosexuales con hijos adoptados	Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal e hijos adoptivos
Familia grupal	Unión matrimonial de varios hombres con varias mujeres, que cohabitan indiscriminadamente y sin restricciones dentro del grupo

Familia comunal	Conjunto de parejas monógamas con sus respectivos hijos, que viven comunitariamente, compartiendo todo, excepto las relaciones sexuales
Poligamia	Incluye la poliandria y la poliginia

Fuente: Archivos en Medicina Familiar. (5)

La familia es un sistema vivo en constante evolución y desarrollo, ya sea por el contexto o bien por los individuos que la conforman, donde las personas nacen, crecen, se reproducen y mueren, pero a su paso van dejando huellas marcadas en la interacción con otros, las costumbres, los hábitos, las reglas, los vicios, se van transmitiendo de generación en generación.

En este sentido, la familia, como ya se ha indicado, es un grupo de personas que cohabitan en un espacio, comparten objetivos en común, cumplen con el objetivo de socialización de los individuos, y, a su vez, permiten la permanencia de la especie humana. Lo anterior pone en evidencia que en el proceso de adaptación de las familias, éstas no son inmunes a los cambios sociales y, por tanto, no se desarrollan de manera lineal.

Moratto, Zapata y Messenger (6) sostienen que la vida familiar atraviesa un ciclo de nacimiento, crecimiento y declive. Desde esta perspectiva teórica, un ciclo comienza cuando dos personas de sexo opuesto forman una pareja y finaliza con la disolución de la unión cuando una de las dos personas muere, sin olvidar que en el transcurso de este período, las familias se expanden o reducen a medida que las hijas e hijos se incorporan a ellas o las abandonan.

Las familias al igual que los individuos, evolucionan a través de unas fases que se conocen comúnmente como el ciclo evolutivo familiar. Este ciclo incluye las transiciones o acontecimientos vitales esperados por los que pasan la mayoría de las familias a lo largo de su desarrollo, en una secuencia

bastante predecible aunque variable, así mismo, incluye el afrontamiento de los cambios sociales, económicos, sociodemográfico, políticos y demás que se presentan en el día a día (6).

Ahora bien, se entiende como ciclo vital familiar (CVF) a un concepto ordenador, que intenta explicar la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros.

Para Montalvo, Espinosa y Pérez (7) la familia se desarrolla en el transcurso de cuatro etapas a lo largo de las cuales el sistema familiar sufre variaciones; los períodos de desarrollo pueden provocar transformaciones al sistema y un salto a una etapa nueva y más compleja.

En tal sentido, el CVF presenta una serie de etapas evolutivas que marcan su desarrollo y le permiten adaptarse a las diferentes exigencias del medio y sus individuos. Por lo tanto, cada fase tiene para el grupo una serie de tareas, que se dan, bien sea por el desarrollo natural de cada individuo o por la demanda del contexto sociocultural, las cuales son metabolizadas por la familia y permiten la transición de una fase a otra. Las etapas del CVF son cuatro:

- Formación
- Expansión
- Consolidación Y Apertura
- Disolución

En la tabla 2 se describe estas etapas con sus respectivas características.

Salud familiar

La salud familiar ha constituido una preocupación para todos aquellos que trabajan con la familia. Cuando se ha intentado definir la salud familiar en

ocasiones se ha tratado de reducir a la salud de sus miembros, y en otras al funcionamiento familia.

En la actualidad el modelo de medicina familiar no tiene una delimitación clara entre aquellos problemas de salud individual de los miembros de la familia, y la salud del conjunto o del grupo familiar propiamente dicho.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (8) definió la salud familiar como la salud del conjunto de los miembros en términos de funcionamiento efectivo de la familia.

Tabla 2. Etapas del ciclo de vida familiar

Etapa	Fases	Principio que rige	Proceso	Tareas del proceso
Etapa de Formación	Formación de la pareja	Compromiso con el nuevo sistema	Conquista, Noviazgo, Matrimonio y Pareja sola	Preparase para el rol de hombre o mujer. Independizarse de la familia de origen. Iniciar la formación de una identidad de pareja Generar una intimidad de pareja. Adaptarse a los roles y tareas de una casa. Manejo del poder. Patrones de resolución de conflictos.
Etapa de Expansión	Crianza inicial de los hijos	Aceptación de los nuevos miembros en el sistema	Nacimiento y crianza de los hijos	Transición de estructura diádica a triádica. Aceptación y adaptación al rol de padres. Vinculación afectiva madre hijo. Cumplir labores de crianza.

	Familia con niños preescolares		Hasta que el hijo mayor tiene 6 años	Tolerar y ayudar a la autonomía de los hijos. Iniciar proceso de socialización y control. Modelos de identificación y roles sexuales. Tensiones entre roles laborales y socialización. Familiares de los padres.
Etapa de consolidación y apertura	Familia con niños escolares		Crecimiento hasta los 13 años del hijo mayor	Apertura a otros ecosistemas: la escuela Para ello se requiere: • Apoyar la apertura al mundo extrafamiliar. • Apoyar el trabajo escolar. • Consolidación y estabilización laboral.
	Familia con hijos adolescente	Incrementar la flexibilidad en los límites de la familia, para permitir la independencia de los adolescentes	Adolescencia: De 14 hasta los 20 años del hijo mayor	La familia necesita hacer los ajustes que requiere el comienzo de la pubertad y la madurez sexual, para ello requiere: • Ajustarse a las necesidades de independencia. • Reconocer la prioridad de los grupos de pares. • Apoyar el desarrollo de la identidad personal. • Comprender las crisis de identidad de los padres.
Etapa de consolidación y apertura	Familia plataforma de lanzamiento	Aceptación de múltiples entradas y salidas del sistema familiar	El hijo menor abandona la casa de los padres	Tolerar la partida de los hijos, lo que requiere: • Permitir la independencia de los hijos, elección de pareja y elección vocacional.

				• Cambio de límites inter-generacionales. • Apertura de los límites familiares.
	Familia de edad media	Aceptar los cambios en los roles generacionales	Fin de la actividad laboral de la pareja	Readecuarse y vitalizar la vida de pareja, ello requiere: • Asumir roles de abuelos. • Desarrollo de un sistema de relaciones y apoyo mutuo que permita mantener a las distintas generaciones en contacto.
Etapas de disolución	Familia anciana	Aceptación del cambio de roles generacionales	Muerte de uno de los miembros de la pareja	Enfrentamiento de los cambios biológicos propios de la involución. Lo anterior requiere: • Enfrentamiento a las múltiples pérdidas: juventud, salud, vitalidad, trabajo, etc. • Enfrentamiento de la soledad y la muerte de la pareja.

Fuente: Adaptado de Moratto, Zapata y Messenger (6)

La salud familiar puede también considerarse como el ajuste o equilibrio entre elementos internos y externos del grupo familiar. Así mismo, se considera que la salud familiar es:

- Un proceso único e irreplicable
- Está en continuo equilibrio y cambio
- Se construye a diario
- No es la salud de la suma individual
- Su determinación es multicausal

- Se establece como resultante de la interacción tanto interna como externa

La salud familiar se expresa mediante:

- La satisfacción y el bienestar de cada uno de los miembros de la familia
- El respeto al derecho individual
- La autodeterminación
- La responsabilidad de sí mismo y para con la familia
- El crecimiento y desarrollo individual según las exigencias de cada etapa del ciclo vital familiar
- La capacidad de enfrentar los conflictos
- La capacidad para asumir los cambios y ajustarse a ellos

Familiograma

Los instrumentos de atención a la familia permiten identificar en qué medida está cumpliendo con sus funciones básicas, y cuál es el rol que puede estar jugando en el proceso salud-enfermedad. Así, a pesar de este rol preponderante de la familia en la génesis de ciertas patologías y de ser un recurso fundamental de soporte, con mucha facilidad y frecuencia se pasa por alto realizar una adecuada valoración de la estructura y funciones de la familia.

El familiograma es una representación esquemática de la familia, que provee información sobre sus integrantes, en cuanto a su estructura y sus relaciones. Es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, y es útil para la identificación de familias cuya estructura las coloca en algún riesgo de carácter biológico (problemas hereditarios o de aparición familiar), psicológico (tendencias a tener una funcionalidad familiar inadecuada) o social (familia numerosa y/o sin

recursos, hacinamiento, etc.). Así, al retratar las características de tres generaciones, el Familiograma ofrece una perspectiva longitudinal teniendo en cuenta que las familias suelen repetir sus atributos, característica conocida como continuidad o alternancia, según si ésta ocurre sin interrupción entre padres e hijos o hermanos, o se salta una generación para aparecer en la otra (9).

Comunidad

El término comunidad proviene del latín *communitas*, que significa asociación o grupo de individuos, animales o cualquier ser viviente, los cuales comparten ciertos elementos, características, intereses, propiedades u objetivos en común.

La comunidad surge del reconocimiento de compartir algo que identifica a sus miembros y los define, por ejemplo una historia, sin embargo, el elemento común puede ser diverso, ya que cada integrante pertenece a distintas comunidades, como el lugar de residencia, intereses o formación, entre otras.

La comunidad se puede definir como grupo específico de personas, que viven y/o desarrollan su actividad 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 han 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 satisfacerla.

De acuerdo con la OMS (10) la comunidad es un 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 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

Según Hernández y Alba (11) la comunidad se puede clasificar en:

- Estructurada: en la cual existe cercanía e igualdad social
- No estructurada: cuando hay solo una reunión de individuos

Para que exista una comunidad son necesarios algunos elementos:

- Pertenencia: es decir, que existan historia, identidad, símbolos, derechos y deberes de la comunidad.
- Influencia: para inducir a otros individuos a realizar una acción determinada en forma conjunta.
- Integración: con el propósito de satisfacer las necesidades del grupo.
- Compromiso: para crear lazos emocionales y brindar afecto, contención y seguridad.

La comunidad como categoría permite apreciar una continuidad que abarca desde la microsociedad hasta la macrosociedad. En este contexto se producen un conjunto de relaciones interpersonales, dadas por la existencia de un sistema de interacciones económicas y sociopolíticas. El individuo participa en la organización de su vida social y política. Constituye un sistema portador de tradiciones, historia e identidad propias que se expresan en la tipificación de intereses y sentido de pertenencia. Ninguna zona de las relaciones sociales puede avanzar demasiado si las otras no lo hacen en igual medida.

Participación comunitaria

El vocablo participación proviene del latín participatĭo, De este modo, la participación es la acción y efecto de participar (tomar o recibir parte de algo, compartir, noticiar). Palma (12) la define como:

...una situación que surge (o que puede surgir) en el encuentro de dos dinámicas. Una es la capacidad de participar; estoy apuntando a las aptitudes y habilidades que los sectores, llamados a incorporarse en una empresa común, han desarrollado a través de las prácticas y de la reflexión sobre éstas que han acumulado con anterioridad, y que ellos traen como aporte a la realización de esta empresa (...). Otra es la oportunidad de participar, y ahora estoy mirando el espacio, incorporado e inscrito en el diseño de las políticas o la organización de la red, que permite el adecuado ejercicio de la capacidad de participación que aporta el grupo concreto que se incorpora en esa acción colectiva (...) (12).

La OMS (13) considera que el término participación puede ser interpretado de tres maneras distintas:

- Como contribución: en el que la comunidad aporta trabajo o materiales.
- Como organización, en el sentido de estructuras que faciliten la interacción.
- Como empoderamiento a través de grupos generalmente marginados organizados para el control de programas.

De la misma manera, el Banco Mundial (14) define la participación como el proceso mediante el cual partes implicadas influyen y comparten el control sobre iniciativas de desarrollo, decisiones y recursos que los afectan.

La participación es la creación de oportunidades accesibles a todos los miembros de una comunidad y en conjunto a toda la sociedad, para contribuir activamente e influenciar el proceso de desarrollo y compartir equitativamente los frutos de este desarrollo.

Ziccardi (15) establece una clasificación de la participación

- participación social (agrupación de individuos para alcanzar objetivos predeterminados).
- participación ciudadana (relación entre ciudadanos y estado interviniendo en las actividades públicas para hacer valer sus intereses sociales).
- participación comunitaria (determinada por actividades de tipo asistencialista que no requieren interacción con el estado).

Ahora bien, el término participación comunitaria se entiende comúnmente como la participación colectiva de la población local en la evaluación de sus necesidades y estrategias de organización para satisfacer esas necesidades. De tal forma, la participación comunitaria se puede definir como el proceso de intervención de la población de una comunidad, para abordar la solución de problemas, desde el mismo momento de su identificación y jerarquización, pasando por la toma de decisiones, gestión de recursos, ejecución e inclusive el monitoreo y evaluación de los proyectos (16). En otras palabras, es un proceso de manifestación, cooperación y movilización de diversos grupos o la población de una comunidad, que se integran para enfrentar problemas y gestionar requerimientos que permitan dar respuestas a sus necesidades o demandas. Esta concepción de participación comunitaria deja ver que los ciudadanos y ciudadanas son los protagonistas del proceso y que el éxito de la participación depende de su responsabilidad para hacer valer sus derechos en la comunidad (16).

En esta perspectiva, la participación comunitaria es un proceso dinámico en el que las personas, a través del aprendizaje y la participación, ganan el acceso y control sobre los recursos de atención de salud. Por otro lado, el concepto de comunidad que hace referencia a una zona geográfica específica o localidad es obsoleto. En la actualidad, la comunidad se considera relacional, es decir que no está limitada por la localización y permite a las comunidades con intereses y necesidades comunes formarse independientemente de su proximidad geográfica, proporcionando una diversidad de oportunidades de participación, en ocasiones generando un mayor sentido de comunidad.

Asimismo, la participación comunitaria incorpora elementos como la organización comunitaria. Portillo y Contreras (17) destacan que la organización comunitaria permite el desarrollo de relaciones sociales afectivas en espacios comunes dentro de la misma comunidad y, por tanto, el fortalecimiento de valores y principios éticos que muestran la cultura de la sociedad.

Salud comunitaria

La salud comunitaria es a la vez un concepto, una orientación, un área de trabajo y un modo de acción, dentro del campo de la salud colectiva. Se acerca a las definiciones de salud pública y de promoción de la salud, pero tiene características propias, relacionadas con la territorialidad y el enfoque participativo. La salud está determinada social, psicológica y culturalmente, pero las personas y las comunidades tienen la posibilidad de modificar esa determinación con el esfuerzo individual y colectivo. Sin embargo, frecuentemente necesitan ayuda (profesional e institucional) para iniciar y completar este cambio (18).

Gofin y Gofin (19) definen la salud comunitaria como la salud individual y de grupos en una comunidad definida, determinada por la interacción de

factores personales, familiares, por el ambiente socioeconómico-cultural y físico. Para Restrepo (48) la salud comunitaria incluye una concepción social de la salud, que tiene en cuenta el ámbito social en que se producen los fenómenos de salud-enfermedad, teniendo en cuenta los niveles macro-social y microsocial, y la participación de las comunidades, instituciones y demás sectores en la toma de decisiones.

La salud comunitaria surge de la reflexión sobre los límites que tiene la atención a la salud basada en la demanda. La imagen de una consulta individual, protagonizada por la relación médica-paciente, es la que resulta más familiar al pensar en los servicios de salud. Sin embargo, para Segura (18) esta consulta tiene unas limitaciones, que resume en tres puntos:

- Las personas que consultan no son siempre las que más lo necesitan, es decir, hay una diferencia entre demanda y necesidad.
- Los problemas de salud individuales están relacionados con el contexto familiar, comunitario y laboral.
- Las enfermedades y los riesgos en salud están determinados socialmente, por lo que las soluciones no pueden estar solo basados en los medicamentos y los consejos individuales, instrumentos más a mano del profesional, sino que también tienen que ser sociales.

Características de la salud comunitaria

Para Cotonieto y Rodríguez (21) la salud comunitaria se caracteriza principalmente por:

- Enfocada a la comunidad: Dentro del marco de salud comunitaria se debe enfatizar que los proyectos destinados a cualquier comunidad deben ser para los mismos habitantes además de asignarles un grado de participación dentro del mismo.

- **Abordaje multisectorial:** Es imprescindible para la salud comunitaria que las instituciones gubernamentales, privadas y la misma sociedad en general sean participantes activos de cualquier propuesta destinada a las comunidades.
- **Participación comunitaria:** En similitud con el primer pilar de la salud comunitaria, la participación de los habitantes de la comunidad debe ser diseñada, planificada y dosificada de tal modo que los mismos ciudadanos sean quienes efectúen cada una de las actividades de salud.
- **Modelos integrados:** Las acciones de participación comunitaria deben estar integradas con las redes de atención institucionales para poder identificar y ejecutar actividades que permitan la prevención, promoción y atención de las necesidades comunitarias en materia de salud de manera equitativa, eficiente y de calidad.
- **Equipos multidisciplinarios:** Cada proyecto a implementar debe ser un esfuerzo de diversos agentes profesionales involucrados; en la que se compartan responsabilidades y se distribuya de manera adecuada la carga de actividades “como un todo articulado” para que se garantice la prestación de servicios de salud de manera organizada

Participación comunitaria en salud (PCS)

La participación comunitaria surge gracias a la necesidad de tener mejores resultados en la atención del proceso salud-enfermedad al incluir a la comunidad o las personas involucradas. El concepto y el ideal de práctica de la salud comunitaria siempre ha ido asociado al concepto de participación, nombrada tanto como participación social o participación comunitaria. Segura (18) afirma que ha sido siempre la prueba del algodón para diferenciar una acción de salud pública (que suele organizarse con una racionalidad y enfoque de arriba a abajo) de una acción de salud comunitaria (donde la participación y la búsqueda de la máxima horizontalidad son principios básicos).

La PCS es un proceso en virtud del cual los individuos y familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propio y los de la colectividad y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y el comunitario. Llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivo para resolver sus problemas comunes. Esto les permite ser agentes de su propio desarrollo, en vez de ser beneficiarios pasivos de la ayuda al desarrollo.

Por otro lado, la participación social se define como el derecho a una significativa participación en la toma de decisiones acerca de la salud, la política y la planificación, la atención y el tratamiento (22). Se entiende como un proceso mediante el cual los miembros de una comunidad se comprometen individual o colectivamente a desarrollar la capacidad de asumir su responsabilidad por sus problemas de salud y actuar para buscar soluciones (23).

Promoción en salud (PS)

Es difícil hablar acerca de una definición acabada o de una conceptualización concreta de promoción de la salud (PS) ya que la tendencia ha sido enfocarse hacia algún aspecto particular de la misma. Promover tiene el significado de dar impulso a: fomentar, originar, generar. Las estrategias de promoción enfatizan la transformación de las condiciones de vida y de trabajo que conforman la estructura subyacente a los problemas de salud, demandando un abordaje intersectorial.

Fundamentalmente, la definición más conocida y referida es la dada por la OMS (24) mediante la Carta de Ottawa y que consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

La PS es una estrategia y un medio para alcanzar la salud y el bienestar, así como para avanzar en la construcción de sociedades equitativas y

plenas. Es indispensable la promoción de la salud para la prevención de la enfermedad, la cual sólo puede llevarse a cabo en quienes tienen las condiciones para realizarla.

La PS puede definirse como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Incluye acciones tanto a nivel individual, como aquellas de tipo poblacional dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas de cara a mitigar su impacto en la salud pública e individual.

Propósito de la PS

La PS abarca tanto las acciones dirigidas a favorecer la incorporación de prácticas individuales y comunitarias saludables, así como a la modificación de las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de reducir las desigualdades sanitarias. La toma de decisiones en cada ámbito de intervención (comunitaria, organizacional, institucional) y nivel de gestión (nacional, provincial o local) ejercen consecuencias positivas y negativas. Cuando las decisiones se orientan a ampliar el escenario de las opciones saludables y enfrentan a aquellas que interfieren, se construyen políticas saludables, que dada la direccionalidad de sus acciones, se sustentan en la priorización y la selección de intervenciones costo efectivas para influir sobre los riesgos críticos y minimizar las brechas existentes. De este modo, el enfoque estratégico en PS, demuestra su potencial para abordar los procesos de salud, ofreciendo un marco y principios de funcionamiento valiosos que organizan la gestión, en el ámbito de implementación seleccionado, promueven el bienestar en términos de calidad de vida y reducen los efectos negativos (25).

El fomento de la salud consiste en poner al alcance de los pueblos los medios necesarios para incrementar su salud y desempeñar un mayor control referente a la misma, para obtener un estado apropiado de bienestar físico,

mental y social un individuo o comunidad debe ser capacitado para poder reconocer y consumir sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. Por lo tanto, la salud se percibe no como el objetivo, sino como el origen de riqueza de la existencia cotidiana.

La PS no sólo es una de las funciones esenciales de la salud pública, de acuerdo con la OMS (24) , es una estrategia integral que articula cinco líneas de acción:

- políticas públicas saludables, que coloquen a la salud en la agenda pública.
- creación de entornos, que favorezcan condiciones de vida seguras y gratificantes.
- reforzamiento de la acción comunitaria, es decir, impulsar la participación de la población en la toma de decisiones.
- desarrollo de aptitudes personales, que facilite la información y las herramientas para mejorar la alfabetización sanitaria.
- reorientación de los servicios sanitarios, para que exista equilibrio entre las acciones curativas y las acciones de promoción y prevención.

Estas cinco líneas deben trabajarse de manera integral, vinculando a los sistemas de salud con los distintos sectores y con la población, y enfatizando en la responsabilidad social que tiene el Estado para el cuidado de la salud.

Prevención en salud

El sistema de salud tiene como propósito fundamental el promover la salud, prevenir la enfermedad, curarla o aliviarla cuando se presenta y rehabilitar al enfermo.

La prevención en salud la OMS (26) la define como medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar

sus consecuencias una vez establecida. Para la reducción de los factores de riesgo de una enfermedad, se requiere de una buena identificación de sus causas modificables.

Existen tres niveles de prevención que corresponden a las diferentes fases del desarrollo de la enfermedad:

- Prevención primaria: son medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes. Las estrategias para la prevención primaria pueden estar dirigidas a prohibir o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud. El objetivo de las acciones de prevención primaria es disminuir la incidencia de la enfermedad.
- Prevención secundaria: medidas orientadas a detener o retardar el progreso de una enfermedad o problema de salud ya presente un individuo en cualquier punto de su aparición. En la prevención secundaria, el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado, son esenciales para el control de la enfermedad. De allí, la importancia de la captación temprana de los casos y el control periódico de la población afectada para evitar o retardar la aparición de las secuelas. Lo ideal sería aplicar las medidas preventivas en la fase preclínica, cuando aún el daño al organismo no está tan avanzado y, por lo tanto, los síntomas no son aún aparentes. Esto es particularmente importante cuando se trata de enfermedades crónicas. La prevención secundaria pretende reducir la prevalencia de la enfermedad.
- Prevención terciaria: medidas orientadas a evitar, retardar o reducir la aparición de las secuelas de una enfermedad o problema de salud. En la prevención terciaria son fundamentales el control y se-

guimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente. Se trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilita la adaptación de los pacientes a problemas incurables y contribuye a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad.

- **Prevención primordial:** son medidas orientadas a evitar el surgimiento y la consolidación de patrones de vida social, económica y cultural, que se sabe contribuyen a elevar el riesgo de la enfermedad. La prevención primordial busca incidir en formas de vida y patrones de consumo nocivos que aumentan el riesgo de la población para adquirir una enfermedad. Este tipo de prevención posee un alto grado de complejidad, ya que muchas veces, las acciones por desarrollar requieren de un alto compromiso de los gobiernos para su ejecución.

Diferencias entre promoción y prevención de la salud

Es común que se equipare la prevención, particularmente la prevención primaria, con la promoción ya que ambas pueden (y suelen) hacer uso del mismo paquete de herramientas para el logro de sus objetivos. Sin embargo, la prevención se orienta a la enfermedad, pues lo que busca es disminuir la incidencia de problemas que mermen la salud, a través de la reducción del impacto de los factores de riesgo de enfermedades, el reforzamiento de factores personales que disminuyan el riesgo potencial (susceptibilidad) a la enfermedad y la reducción de consecuencias de la enfermedad, una vez que se tiene. Por su parte, la PS se orienta al fortalecimiento de condiciones que deriven en el bienestar tanto individual como colectivo.

A continuación se presentan los aspectos relevantes que diferencian la prevención de la enfermedad, de la promoción de la salud:

Objetivos

- Promoción: se insertan al interior de una dinámica positiva hacia la salud, donde se habla de determinantes de la salud y desarrollo de condiciones favorables a la salud.
- Prevención: se relacionan con los problemas de salud y son esencialmente correctivos. Se dirigen a la reducción de los factores de riesgo de una enfermedad específica o a la protección contra los agentes agresivos.

Enfoque

- Promoción: realiza intervenciones dirigidas a los determinantes de la salud, mediante mejoras en los hábitos o las condiciones de vida generales de la población.
- Prevención: utiliza el enfoque de riesgo, o sea que, realiza intervenciones específicas a partir del perfil de riesgo particular de individuos o grupos.

Población blanco

- Promoción: utiliza el enfoque poblacional, o sea que, dirige sus acciones a la población en general o a sus grupos poblacionales
- Prevención: por lo general, dirige sus acciones a los individuos o a grupos pequeños, en riesgo de adquirir una enfermedad.

REFERENCIAS

1. Lozano D. Teorías de enfermería aplicadas al sistema familiar. In Forero , Lozano D, Montalvo R. Reflexiones teóricas y prácticas del cuidado de enfermería a la familia. Bogotá: Fundación Universitaria del Área Andina.; 2020. p. 29-45.
2. Hall J, Redding. Enfermería en salud comunitaria: un enfoque de sistemas Washington: Organización Mundial de la Salud; 1990.

3. Paladines- Guamán M, Quinde- Guamán M. Disfuncionalidad familiar en niñas y su incidencia en el rendimiento escolar. Universidad de Cuenca, Facultad de Psicología; 2010.
4. Zurro A, Cano J. Atención Primaria: Problemas de salud en la consulta de medicina familiar. Séptima edición ed. España: Editorial Elsevier; 2014.
5. Archivos en Medicina Familiar. Conceptos básicos para el estudio de las familias. ; 2005.
6. Moratto –Vásquez N, Zapata –Posada J, Messenger T. Conceptualización de ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015. Revista CES Psicología. 2015 diciembre ; 8(2): p. 103-121.
7. Montalvo- Reyna J, Espinosa -Salcido M, Pérez- Arredondo A. Análisis del ciclo vital de la estructura familiar y sus principales problemas en algunas familias mexicana. Alternativas en Psicología. 2013 julio;(28): p. 73-91.
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Índices estadísticos de la salud de la familia. Informe de un Comité de Expertos (Serie de Informes Técnicos; No. 587). Ginebra;; 1976.
9. Sinche E, Suárez M. Introducción al estudio de la dinámica familiar. RAMPA. 2006; 1(1): p. 38-47.
10. Organización Mundial de la Salud. El Glosario de Promoción de Salud de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra;; 1998.
11. Hernández-Falcón , Alba-Leonel A. La comunidad es un referente necesario para la enfermería y principalmente para la enfermera comunitaria. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2021; 29(2): p. 119-124 Doi:10.24875/REIMSS.M21000040.

- 12.** Palma D. La participación y la construcción de ciudadanía. Chile: Universidad de Artes y Ciencias Sociales ; 1998.
- 13.** Organización Mundial de la Salud. Intervención de la comunidad en el desarrollo sanitario : examen de los aspectos esenciales / Peter Oakley. [Online].; 1990 [cited 2023 noviembre 01. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/39398?&locale-attribute=es>.
- 14.** Banco Mundial. Reflections from the Participation Sourcebook. [Online].; 1996 [cited 2023 noviembre 01.
- 15.** Ziccardi. Gobernabilidad de las grandes ciudades en América Latina. In Camou. Los desafíos de la gobernabilidad. México: Plaza y Valdés; 2001. p. 205-230.
- 16.** Chirino C. Revisión histórica sobre la participación comunitaria y sus distintas connotaciones. CienciaMatria. 2017 diciembre; 3(5): p. 11-25.
- 17.** Portillo P, Contreras K. Participación y organización comunitaria: relatos de vida de los miembros de una asociación cooperativa. Multiciencias. 2012 marzo; 12(1): p. 16-26.
- 18.** Segura del Pozo J. Salud Comunitaria: qué es y que no es: Ediciones Salud Pública y otras dudas; 2023.
- 19.** Gofin J, Gofin R. Essentials of Global Community Health. American Journal of Epidemiology. 2011; 173(8): p. 968-969.
- 20.** Restrepo-Vélez O. Salud comunitaria: ¿concepto, realidad, sueño o utopía? Avances en Enfermería. 2003; 21(1): p. 49-61. DOI: 10.15446/av.enferm.
- 21.** Cotonieto-Martínez E, Rodríguez-Terán. Salud comunitaria: Una revisión de los pilares, enfoques, instrumentos de intervención y su

integración con la atención primaria. JONNPR. 2021; 6(2): p. 393-410. DOI: 10.19230/jonnpr.3816.

- 22.** Piškur B, Daniëls R, Jongmans M, Ketelaar M. Participation and social participation: are they distinct concepts? Clin Rehabil. 2014 marzo; 28(3): p. 211-220 doi:10.1177/0269215513499029.
- 23.** Pineda -Granados F. La participación en salud, factores que favorecen una implementación efectiva. Monitor Estratégico. 2014 diciembre ;(6): p. 10-20.
- 24.** Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. ; 1986.
- 25.** Mele , Casullo C. Manual de promoción de la salud : experiencias provinciales Buenos Aires : Ministerio de Salud de la Nación; 2010.
- 26.** OMS. Glosario de promoción de la salud. Ginebra;; 1998.



Enfermería ENFERMERÍA DE LA SALUD COMUNITARIA



CAPÍTULO III: ENFERMERÍA DE LA SALUD COMUNITARIA

Reseña histórica del origen de la enfermería comunitaria en América Latina

La enfermería de salud pública

Para finales del siglo XIX y principios del siglo XX la gran preocupación de las autoridades de salud en Europa y la región de las Américas eran las enfermedades infecciosas. En Europa, la fiebre tifoidea y el cólera habían causado gran devastación a mediados del siglo XIX al cobrar millones de víctimas y desatar un pánico no visto desde la Edad Media con la peste negra. En Inglaterra, el sanitary movement liderado por el abogado Edwin Chadwick fue el movimiento de salud pública más relevante del siglo XIX y significó el punto de partida de una nueva concepción en políticas de salud pública (1).

La emergente crisis de la atención hospitalaria, además de la precaria condición de vida de las clases trabajadoras y su negativa repercusión en la productividad económica, dio pie a nuevas políticas públicas, a un compromiso sanitario internacional y a un nuevo paradigma en el área de la salud con la era higienista que influyó en los núcleos de formación de nuevas enfermeras lo cual no solo representó cambios a nivel conceptual y teórico, sino también cambios estructurales en la práctica enfermera. En EE.UU., el movimiento de enfermeras visitadoras inició en 1877 cuando la Women's Branch of the New York City Mission envió las primeras enfermeras a los domicilios (2). Años después, en 1893, Lillian Wald, enfermera del New York Hospital, asistió a una de sus estudiantes quien se desangraba en casa tras el parto. Este evento fue trascendental para dar origen al Visiting Nurse Service of New York (3) con el cual, Wald y su equipo de enfermeras visitadoras proveía asistencia a los vecinos de la zona, incluso en los partos

y las defunciones. La miseria en que vivía gran parte de la población de New York de aquel entonces, especialmente mujeres y niños inmigrantes, era el escenario propicio para que con Lillian Wald a la cabeza, se consolidara el primer sistema público de enfermería en EE.UU., y con ello, la Organización Nacional de Enfermería de Salud Pública (4).

Es de resaltar el enorme papel de las comunidades religiosas en la práctica de los cuidados durante todo el siglo XIX. Sin embargo, para finales de siglo, dadas las condiciones sociales emergentes, la figura de la enfermera tomó distancia de lo religioso, ya que los esfuerzos en la formación de enfermeras se concentraron en los hospitales pues los nuevos modelos conceptuales se enfocaron en fortalecer las campañas sanitarias y la higiene pública (5).

Una de las primeras influencias norteamericanas en Latinoamérica recayó a finales del siglo XIX en Cuba donde Mary O´Donnell fundó la primera escuela de enfermeras en 1899 (6). O´Donnell era graduada de la escuela del Hospital Bellevue en New York, sede en EE.UU., de la primera escuela de enfermería. Así, en 1909, se organizó el servicio de Enfermeras Visitadoras en Cuba, y allí fueron asignadas enfermeras lideradas por Mary Eugenie Hibbard (6).

Ese mismo año, se creó la Escuela de Enfermeras para Tuberculosos, que contaba con enfermeras norteamericanas entre quienes se encontraba Mary O´Donnell, quien junto a Mary Eugenie Hibbard, representan hoy en día dos de los grandes iconos de la enfermería cubana. La influencia norteamericana e inglesa fue determinante para la Enfermería de Salud Pública en Latinoamérica. En Argentina, la formación de enfermeras se remonta a 1885, pero fue en 1890 cuando el Hospital Británico dio inicio de manera formal a la primera Escuela de Enfermería. Pasaron décadas hasta la creación de la Escuela de Enfermeras de la Secretaría de Salud Pública, actividad que complementó la Escuela de Enfermeras de la Fundación Eva Perón (7) así como el programa de Visitadoras de Higiene en 1924 (8).

Esta nueva concepción enfermera se extendió a Chile, cuando en 1927 se dio inicio al primer curso de Enfermería Sanitaria, aunque tardó en ser efectiva en programas preventivos dado que existía una brecha entre la comunidad y los organismos que velaban por la salud pública, motivo por el cual se creó la Escuela de Enfermería de la Beneficencia, cuyas graduadas podían ingresar a cursos avanzados en salud pública. En Ecuador, siguiendo la tendencia de principios del siglo XX, se fundó la primera escuela de enfermería en 1906 (9). Por entonces, Panamá era el epicentro de diversas campañas de salud pública y durante la construcción del canal se contó con gran cantidad de enfermeras norteamericanas con tan alto nivel académico, que de varios países latinoamericanos asistían allí para recibir formación en salud pública. La Fundación Rockefeller, protagonista en todo este proceso de desarrollo y reestructuración de la profesión en Latinoamérica, inició acciones en Costa Rica en 1914 con un proyecto para erradicar la anquilostomiasis y, en años siguientes, proyectos similares se establecieron en Guatemala, El Salvador, Nicaragua y Panamá.

En ese periodo se destacaron grandes programas en enfermería de salud pública como el de la Cruz Roja Americana, el Childrens's Bureau Program y el de la propia Fundación Rockefeller (10), cuyo primer proyecto para una escuela de enfermería fue en Brasil, en 1923, con el objetivo principal de formar enfermeras para los servicios de salud pública. En Colombia existió una Escuela de Comadronas y Enfermeras como tal hasta 1920. Sin embargo, se habían impartido cursos como el de la Universidad de Cartagena en 1906, los del Hospital de La Misericordia y el Hospital San Juan de Dios en Bogotá entre 1911 y 1915, y algunos en Medellín en 1917 (11). En México, la enfermería de salud pública inició en 1922 con la Escuela de Sanidad Pública (12). Sin embargo, para 1925, ante la necesidad de mayor cantidad de personal de enfermería debido a la crisis sanitaria, se organizó el primer curso en salud pública. Expedía el título de 'enfer-

mera visitadora' y contó con la participación de 31 estudiantes a quienes se instruyó en higiene personal, enfermedades transmisibles, vacunas, legislación sanitaria, entre otros temas (12).

Asimismo, se establecieron centros de higiene infantil donde las enfermeras visitadoras eran esenciales, dado que acudían a los hogares para educar en prevención de enfermedades, supervisaban la higiene de las habitaciones, vigilaban que mujeres embarazadas y en postparto siguieran las indicaciones médicas y hacían seguimiento a los niños desde el nacimiento hasta los dos años.

Desde finales del siglo XIX y bien entrado el siglo XX, una grave crisis de la atención hospitalaria se hizo evidente en toda Latinoamérica, y urgía la necesidad de personal de enfermería calificado con formación académica programada y sistemática. Por entonces, las enfermedades infecciosas en América eran una cruel protagonista. La fiebre amarilla, por ejemplo, que para mediados del siglo XIX había desaparecido en Europa, representaba un grave problema de salud pública en la región (8).

En Perú, debido a las epidemias de fiebre amarilla y malaria se promovieron campañas sanitarias para combatir dichas enfermedades y ante la crisis en que naufragaban los sistemas de salud en la región, surgieron cambios estructurales tanto en la organización como en la formación del personal de enfermería. Con ello, nuevos conceptos de salud pública emergieron, principalmente, con la Organización Panamericana de la Salud y con la Fundación Rockefeller, la cual ejerció un papel determinante en la creación de las primeras escuelas de enfermería que estaban adscritas a hospitales de beneficencia donde se establecieron planes de estudios que duraban tres años (13).

Bajo los nuevos preceptos, en Perú se organizó en 1925 una escuela de enfermeras visitadoras destinada a formar el personal que exigían los

nuevos servicios sanitarios y, desde ese mismo año, inició la Escuela de Visitadoras de Higiene Infantil. Dos años después se creó en Chile la Escuela de Enfermería Sanitaria, la cual se fusionó posteriormente con la Escuela de Enfermeras del Estado que otorgaba el título de enfermera sanitaria.

Por entonces, la Octava Conferencia Sanitaria Panamericana recomendó crear Ministerios de Salud Pública para ejecutar la nueva política sanitaria y, con ello, dar respuesta a los factores que impactaban en la salud poblacional (14). Siguiendo esos lineamientos, en 1930, con el apoyo de la Fundación Rockefeller, se creó en Colombia la Escuela de Enfermeras Visitadoras de Bogotá y, en Medellín, se creó en 1936 una escuela que otorgaba el título de 'Enfermera visitadora' (15). Algo a destacar de la Fundación Rockefeller es que las estudiantes de enfermería podían viajar a EE.UU., donde además de los principios básicos de la profesión, recibían formación en salud pública. Para 1935 se creó en El Salvador la Escuela de Enfermeras Visitadoras, la cual se fusionó con la escuela del Hospital Rosales, la primera escuela de enfermería de ese país (16). Uruguay lo había hecho de forma más temprana, ya que la primera escuela de enfermeras data de 1911, aunque inició labores en 1913. Sin embargo, fue en 1937 cuando se inició en Uruguay la formación de Visitadoras de Higiene, aunque ante la necesidad de contar con personal preparado en salud pública, se enviaron enfermeras para capacitarse en Canadá, EE.UU., y otros países de Latinoamérica que contaban con el área de salud pública en sus programas, y no fue sino hasta 1944 que se estableció en Uruguay el Primer Curso de Salud Pública en Enfermería el cual otorgaba el título de 'Nurse Sanitarista' (17).

En Venezuela, el primer grupo de Enfermeras Visitadoras Auxiliares de Puericultura inició en 1936, pero ante la falta de personal en salud pública se creó en 1937 la Escuela de Enfermeras Polivalentes (18). La fusión de la Escuela de Puericultura y las Higienistas Escolares, constituyó el primer

grupo de Enfermeras de Salud Pública de Venezuela, el cual tras dos años de funcionamiento, contaba con 30 Enfermeras Visitadoras. Para 1938, en Venezuela abrió sus puertas la Escuela Nacional de Enfermería, cuyo objetivo era preparar enfermeras para el área de salud pública y, en 1939, se creó la sección de Enfermería de Salud Pública (19).

Algo similar aconteció en Nicaragua, pues entre 1937 y 1938 se creó una Escuela de Visitadoras donde se formaba en atención prenatal, higiene infantil, enfermedades parasitarias, venéreas y tuberculosis (20), y en 1943, se creó una escuela de enfermeras para satisfacer las necesidades de la salubridad pública (20). En Bolivia, la primera escuela de enfermería se creó en 1938 (21) y su labor en salud pública se extendió al área rural, lo que se fortaleció décadas después en la práctica comunitaria. Para 1945, en Bolivia se creó la Escuela Nacional de Enfermería y Visitadoras Sociales, y la influencia del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP) fue esencial en la formación de enfermeras en salud pública y en la Escuela de Técnicos en Salud Pública donde se formaron auxiliares de enfermería y técnicos en educación sanitaria (22). Paraguay vivió lo propio y, en 1943, se creó la Escuela de Visitadoras de Higiene y Obstetricia, además del Instituto de Enseñanza del Personal Auxiliar de Salud Pública Dr. Andrés Barbero (23).

De la enfermería de salud pública a la enfermería comunitaria

En las primeras décadas del siglo XX el concepto de visitadoras de higiene o enfermeras visitadoras fue una tendencia en Latinoamérica. No obstante, existía cierto paralelo entre la actividad visitadora y la enfermería hospitalaria. De forma progresiva, la inclinación de la balanza hacia lo hospitalario se dio por diversos factores como el éxito en las campañas de saneamiento, la crisis hospitalaria y los cambios en la formación enfermera. Estos eventos no sucedieron al unísono y, pese a que Latinoamérica vivía la misma tendencia, los escenarios locales condicionaron un discurrir histórico

diferente a lo que vivió EE.UU., o Europa y cada país latinoamericano lo hizo según su contexto social particular. Lo que es claro es que el rol de la enfermera visitadora fue invaluable para las campañas de salud pública en Latinoamérica.

Es de resaltar, por ejemplo, su rol protagónico en puericultura y la lucha antituberculosa. En Guayaquil, donde en 1941 se contaba con el índice de mortalidad por tuberculosis más alto del mundo (24), las enfermeras visitadoras fueron determinantes en el control de la enfermedad. Lo propio sucedió en Venezuela donde, tras la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, se fortaleció la formación enfermera para la lucha antimalárica y antituberculosa (25). De igual manera, en Costa Rica se formaron visitadoras sociales para la lucha contra la tuberculosis y, en Argentina, el papel de las enfermeras-visitadoras fue sustancial en la asistencia y educación de pacientes con poliomielitis. Con el avance del siglo XX, la brecha entre visitadoras de higiene (enfermeras visitadoras) y enfermeras hospitalarias se desvaneció debido a la formación integral impartida como parte de la enseñanza universitaria y el vacío en la actividad higiénico-asistencial lo suplió la enfermería en salud pública.

Ahora bien, reconociendo que los hechos históricos son, por lo general, superpuestos, complejos y difíciles de encasillar dentro de líneas divisorias, es claro que lo que se puede llamar actividad visitadora o enfermería de salud pública, fue crucial para el éxito, en mayor o menor grado, de las campañas sanitarias que hicieron de Latinoamérica una región diferente en cuanto a la salud se refiere. En este contexto fue determinante la Fundación Rockefeller cuyo interés por la enfermería se enfocó en las demandas de los programas de saneamiento, y allí, la enfermera de salud pública se consideraba esencial para el contacto con la comunidad (26).

Para mediados del siglo XX, las reformas estructurales de los programas de formación de enfermeras incluyeron la instrucción básica en salud pública

y asistencia social (26), y un elemento que ajustó el nuevo rumbo de la enfermería fue la creación de asociaciones nacionales de enfermería. Con ello, muchos países revisaron el p ́nsum de educaci ́n en enfermer ́a con la conclusi ́n de que los conocimientos en salud p ́blica eran deficientes, lo cual se ratific ́ en 1959 con la segunda encuesta a las escuelas de enfermer ́a de Am ́rica Latina (27).

En 1974, la OMS public ́ el informe Enfermer ́a y salud de la comunidad (28). En  ́l se recomendaban cambios estructurales en la pr ́ctica y en la formaci ́n en enfermer ́a as ́ como el enfoque hacia problemas b ́sicos de la comunidad. Desde entonces, ante la adopci ́n de nuevos modelos conceptuales, se multiplicaron los cursos en salud p ́blica y con los lineamientos de la Atenci ́n Primaria en Salud, el t ́rmino Enfermer ́a de Salud P ́blica fue abandonado por la OMS para acu ́nar el de Enfermer ́a Comunitaria (29). Seg ́n la OPS, la enfermer ́a en salud comunitaria es la s ́ntesis y aplicaci ́n de conocimientos y t ́cnicas cient ́ficas a la promoci ́n, restauraci ́n y conservaci ́n de la salud comunitaria y le incumbe la identificaci ́n de necesidades de salud de la comunidad y la tarea de conseguir la participaci ́n de esta en los programas relacionados con la salud y el bienestar de la comunidad (30). As ́, la actual enfermer ́a comunitaria es integral, ya que debe contar con profundos conocimientos sobre el proceso salud-enfermedad en las personas, familias y grupos, as ́ como las interacciones entre ellos, todo esto, orientado por principios human ́sticos y  ́ticos de respeto por la vida y la dignidad humana.

Definiciones relevantes en el  ́mbito de la Enfermer ́a de la salud comunitaria

Definici ́n de enfermera

La enfermera es una persona que ha completado un programa de educaci ́n b ́sica general en enfermer ́a y est ́ autorizada por la autoridad reguladora

pertinente para ejercer la enfermería en su país (31). La formación básica en enfermería es un programa de estudio reconocido formalmente que proporciona una base amplia y sólida en las ciencias del comportamiento, la vida y la enfermería para la práctica general de la profesión, así como para un papel de liderazgo y para la formación postbásica para una especialidad o la práctica de la enfermería avanzada.

La enfermera está preparada y autorizada para:

- Llevar a cabo el ámbito general de la práctica de la enfermería, incluida la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el cuidado de las personas con enfermedades físicas, mentales y discapacitadas de todas las edades y en todos los entornos de atención de salud y otros contextos de la comunidad.
- Impartir enseñanzas en materia de atención de salud.
- Participar plenamente como miembro del equipo de salud.
- Supervisar y formar a auxiliares de enfermería y de salud.
- Participar en la labor de investigación.

Definición de Enfermería

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) (31) define la Enfermería como parte integral del sistema de atención de salud, abarca la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados que se prestan a quienes padecen enfermedades físicas, enfermedades mentales, y a las personas discapacitadas de todas las edades, en todos los entornos de atención de salud y en otros ámbitos de la comunidad.

En este amplio abanico de atención de salud, los fenómenos de especial preocupación para las enfermeras son las respuestas a los problemas de salud efectivos o potenciales por parte de personas, familias y grupos. Estas respuestas humanas conforman un amplio abanico que va desde las

reacciones para el restablecimiento de la salud tras un episodio individual de enfermedad hasta la elaboración de políticas para promover la salud de una población a largo plazo.

En este marco de ideas, la función fundamental de las enfermeras en el cuidado de las personas, enfermas o sanas, consiste en evaluar sus respuestas ante su situación de salud y ayudarlas a realizar aquellas actividades que contribuyan a la salud, a la recuperación o a una muerte digna que ellas mismas realizarían sin asistencia si tuvieran la suficiente fortaleza, voluntad o conocimientos para hacerlo, con el fin de ayudarlas a obtener una independencia total o parcial lo más rápidamente posible (32). El cuidado, objeto de estudio y eje central de la práctica enfermera, abarca distintos aspectos: la estimulación, el mantenimiento de la vida, el confort, el fortalecimiento de la autoestima e identidad, la comprensión, el alivio del dolor o la relajación (33).

Funciones esenciales de la Enfermería

La Enfermería en el presente siglo, involucra los cuidados autónomos y compartidos en los equipos de los talentos humanos en salud, orientados a dar respuesta de calidad en todo el ciclo de vida a las personas, las familias, grupos y comunidades, en todos los niveles de atención y en todos los contextos. Incluye dentro de sus funciones, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la recuperación y rehabilitación en la lógica de los cuidados progresivos; de protección y defensa de los derechos humanos y diversidades.

Además del fomento de un entorno seguro en una cultura de humanización, con la inclusión de las tecnologías de la información y comunicación para la mejora continua en la organización; el funcionamiento y gestión de los cuidados, la docencia, asesoramiento e investigación, con una mirada ética, integral e integradora y libre de discriminación alguna (34). De allí

la necesidad de contar con planteles capacitados y actualizar sus conocimientos sobre temas relacionados con la disponibilidad, comportamiento, motivación y factores determinantes que le permitan proporcionar un clima de confianza y seguridad a las personas y, a su vez, desarrollar su potencial profesional y humano (35).

Además, los profesionales de Enfermería forman parte del primer contacto directo de las instituciones de salud con las personas, familias y comunidades. En el entorno sanitario global, las enfermeras comparten con otros profesionales de la salud y de otros ámbitos de servicio público las funciones de planificación, implementación y evaluación para garantizar la idoneidad del sistema sanitario con el fin de promover la salud, prevenir la enfermedad y cuidar de las personas enfermas y discapacitadas.

¿Qué es la Enfermería Comunitaria?

La Enfermería Comunitaria es la disciplina que sintetiza los conocimientos teóricos y las habilidades prácticas de la enfermería y la salud pública y los aplica como alternativas (estrategias) de trabajo en la comunidad con el fin de promover, mantener y restaurar la salud de la población, contando con la participación (comunitaria) de esta, mediante cuidados directos e indirectos, a individuos, familias, otros grupos y a la propia comunidad en su conjunto, como miembro de un equipo multidisciplinario y en el marco de una planificación general de atención a la salud (36). De allí que, el fin específico de la enfermería comunitaria consiste en el cuidado a las personas, familias y comunidades, para mantener la calidad de vida; identificar, disminuir o eliminar los riesgos de enfermar y ayudar a recuperar la capacidad de autocuidado, para lo cual, es necesaria la identificación de los problemas de salud y las necesidades reales o potenciales de las personas familias o comunidades.

En este amplio contexto, la Enfermería comunitaria tiene como sujeto de atención a la comunidad en general y desarrolla sus acciones con el objetivo

de promover, mantener, restaurar la salud de la comunidad mediante el diagnóstico y la identificación de sus necesidades de atención, así como la vigilancia las tendencias en la salud y la detección de grupos de individuos que compartan las mismas necesidades en salud (33).

En tanto función social, brinda cuidados desde un enfoque integral e interdisciplinario, de manera de potenciar las capacidades y recursos internos de las personas, promover el desarrollo humano haciendo énfasis en el bienestar de la población durante todo el proceso de crecimiento. Desde este enfoque, la comunidad y sus individuos dejan de ser objetos de intervención para ser identificados como sujetos de atención, que participan y toman decisiones sobre los problemas de salud y enfermedad que les incumben, asumiendo responsabilidades específicas frente a ellos (37). Las actividades principales de Enfermería comunitaria se centran en la promoción y mantenimiento de la salud, así como la prevención de problemas de salud particulares de la zona y de acuerdo al ciclo de vida del sujeto de atención.

En este marco, la promoción de la salud comprende las acciones que impulsan el desarrollo de la persona, la familia y la comunidad; el enfoque está puesto en fortalecer los factores protectores de salud, entre ellos, los estilos de vida saludables. Actualmente, se la concibe como un ejercicio que comprende acciones en diferentes niveles de la sociedad: educación, formación, investigación, legislación, coordinación de políticas y desarrollo comunitario (33).

Asimismo, la prevención hace referencia a todas aquellas acciones orientadas a evitar daños, anticiparse a las amenazas de problemas específicos de salud o evitar discapacidades o limitaciones ante problemas concretos. El enfoque tiene que ver con educar a la persona, la familia y la comunidad en la percepción del riesgo; identificar factores de riesgo en personas, familias y comunidades, para diseñar estrategias que permitan evitar la

aparición de la enfermedad; lograr reducir los riesgos y detectar los peligros potenciales (33).

Visitas domiciliarias

Una de las actividades que caracteriza a Enfermería comunitaria, que funciona como articulador de las dos anteriores, son las visitas domiciliarias, las cuales combinan la aplicación de conocimientos científico-técnicos y capacidades prácticas o psicosociales que permiten efectuar diversas observaciones y valoraciones relacionadas. Por sus características, este trabajo debe realizarse de manera interdisciplinaria, teniendo en cuenta la coordinación entre los niveles asistenciales, la movilización de recursos disponibles y la educación para la salud (33).

Atención primaria de salud renovada y sistemas de salud basados en APS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha abogado en favor de la atención primaria de salud (APS) desde antes de 1978, cuando adoptó como enfoque central la meta de Salud Para Todos en el año 2000. Desde entonces, el mundo ha cambiado extraordinariamente. Ahora, la finalidad del proceso de renovación de la APS es revitalizar la capacidad de los países para articular una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que les permita mejorar la equidad y afrontar los problemas de salud presentes y futuros.

Contar con un sistema de APS renovado se considera una condición esencial para poder alcanzar los compromisos de la Declaración del Milenio, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 8 de septiembre de 2000 (38), pues aborda las causas fundamentales de los problemas de salud y considera a la salud como un derecho humano fundamental. Para renovar la APS, es necesario rescatar el legado de la Conferencia

Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma Ata (Kazajstán, antigua Unión Soviética) en 1978. Para ello se deben aprovechar los aprendizajes en el campo de la salud durante las últimas décadas y reinterpretar la estrategia propuesta de APS de forma que podamos afrontar los desafíos del siglo XXI. Entre las razones que justifican la renovación de la APS están:

- La aparición de nuevos desafíos epidemiológicos.
- La necesidad de corregir las debilidades e inconsistencias presentes en algunos de los enfoques ampliamente divergentes de la APS.
- El desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas que puede asimilar la APS para ser más efectiva.
- El reconocimiento creciente de que la APS es una herramienta que fortalece la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud.

Aplicar un enfoque renovado de la APS es, además, una condición esencial para afrontar los determinantes sociales de la salud y alcanzar el más alto nivel de salud posible para cada persona. En la Región de las Américas se han logrado avances importantes en salud y en el desarrollo humano. En el período 2012-2017 se vio la culminación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y, en ese marco, América Latina y el Caribe lograron importantes avances contra la pobreza y la pobreza extrema, el hambre y la mortalidad de los menores de 1 y de 5 años. Además, las personas de la Región tienen una vida más larga y más saludable. Por ejemplo, la mortalidad debida a las enfermedades no transmisibles descendió, al igual que la incidencia de algunas enfermedades transmisibles, como la tuberculosis y la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), y aumentó el gasto destinado a la salud pública como porcentaje del producto interno bruto (PIB) (39).

Sin embargo, todavía quedan graves problemas por resolver. Las profundas disparidades que azotan a nuestra Región en cuanto a la salud son uno

de los retos principales. Muchas personas en América Latina y el Caribe no tienen acceso a la atención básica de salud. Las desigualdades en cuanto a los resultados en materia de salud están presentes desde el comienzo de la vida y son resultado de la intersección de características como la situación socioeconómica, el sexo, la raza, la etnicidad y el lugar de residencia.

Como ha afirmado la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (40) estas desigualdades en torno a la salud se acumulan a lo largo del curso de la vida e impiden el goce pleno de los derechos y la participación plena en todas las esferas de nuestra sociedad. También tienen graves implicaciones para la transmisión intergeneracional del bienestar a las generaciones futuras. Además, la Región ha experimentado cambios demográficos, sociales y económicos que han tenido efectos importantes sobre la salud, como el aumento de la obesidad, la violencia y los problemas relacionados con el abuso de sustancias nocivas.

El análisis de los factores determinantes de la salud y de su influencia en el desarrollo humano revela que la salud debe ser parte de cualquier programa de desarrollo. La nueva estrategia de APS reconoce que la salud es un requisito para que las personas puedan alcanzar su realización personal, un elemento fundamental en las sociedades democráticas y un derecho humano (41). Además, investigaciones recientes han dilucidado las complejas relaciones que hay entre los determinantes sociales, económicos, políticos y ambientales de la salud y su distribución entre la población (42); así, ahora sabemos que cualquier método para mejorar la salud debe enunciarse dentro del contexto socioeconómico y político y se debe lograr la colaboración de los diversos sectores implicados.

En la mayor parte de los países de las Américas se han llevado a cabo reformas en el sector de la salud durante las últimas décadas. Las razones que las impulsaron fueron diversas, pero se destacan el aumento de los costos, la ineficiencia del sistema de salud, la baja calidad de los

servicios, los insuficientes presupuestos públicos y la necesidad de aplicar las nuevas tecnologías y diversos cambios en la función del estado. A pesar de las elevadas inversiones realizadas, el efecto de la mayor parte de las reformas sobre la salud y la equidad parece ser insuficiente o incluso negativo.

Frente a la situación descrita, la OPS (39) hace un llamado urgente a los Estados Miembros a que adopten las acciones necesarias dirigidas a fortalecer la APS. Se deben tener en cuenta los principios de la APS en las actividades de cooperación técnica (especialmente las relacionadas con la Declaración del Milenio y con el cumplimiento de sus metas y objetivos) evaluar diferentes sistemas basados en la APS:

- identificar y difundir las mejores prácticas; ayudar a la capacitación de los trabajadores de la salud dedicados a la APS.
- apoyar los modelos locales de APS; y organizar un proceso para definir las orientaciones estratégicas y programáticas futuras relacionadas con la APS.

Construyendo sistemas de salud basados en la APS

La OPS (39) sostiene que la renovación de la APS debe ser parte del desarrollo de los sistemas de salud, ya que se considera la estrategia más adecuada para mejorar sostenible y equitativamente la salud de los pueblos de las Américas. Como definición, un sistema de salud basado en la APS es una estrategia de organización integral cuya meta principal es alcanzar el derecho universal a la salud con la mayor equidad y solidaridad con base en los principios de la APS, como el compromiso de dar respuesta a las necesidades de salud de la población, la orientación a la calidad, la responsabilidad y la rendición de cuentas de los gobiernos, la justicia social, la sostenibilidad, la participación y la intersectorialidad.

Un sistema de salud basado en la APS, además de estar conformado por elementos estructurales y funcionales que garanticen la cobertura universal con equidad, debe prestar atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, hacer hincapié en la prevención y en la promoción y garantizar la atención del paciente en el primer contacto. Las familias y las comunidades son la base para su planificación y puesta en práctica (43). Se advierte que, estos sistemas necesitan un marco legal, institucional y organizacional, así como los recursos humanos, financieros y tecnológicos adecuados y sostenibles. Además, se deben establecer prácticas de gestión óptimas en todos los niveles para alcanzar la calidad, la eficiencia y la efectividad necesarias y para desarrollar mecanismos activos que eleven al máximo la participación individual y colectiva en la gestión de salud.

La reorientación de los sistemas de salud hacia la APS precisa reajustar los servicios de salud hacia la promoción y la prevención, lo que requiere asignar funciones apropiadas en todos los niveles de gestión e integrar los servicios de salud pública y la atención personal. También deben desarrollar un sistema de trabajo orientado hacia las familias y las comunidades, usar datos confiables para la planificación y la toma de decisiones y crear un marco institucional que incentive la calidad de los servicios.

Una definición renovada de APS

A pesar de que en esencia la definición de renovación de la APS continúa siendo la misma que se expresa en la Declaración de Alma-Ata (44), la nueva definición se enfoca más hacia los sistemas de salud en su conjunto (abarca los sectores públicos y privados y las organizaciones sin ánimo de lucro) y es aplicable a todos los países. Además, distingue entre valores, principios y elementos, subraya la equidad y la solidaridad e incorpora principios nuevos, como la sostenibilidad y la orientación hacia la calidad.

En esta nueva definición se echa a un lado la idea de que la APS es un conjunto de servicios de salud y se privilegia la idea de que los servicios deben ser congruentes con las necesidades en salud de cada población. Las investigaciones realizadas han demostrado los beneficios de la APS y que los sistemas de salud basados en la APS tienden a ser más equitativos y a tener mejores resultados en cuanto a la salud a nivel poblacional (45). Los elementos dirigidos a mejorar el acceso y a lograr la atención en el primer contacto pueden mejorar esos resultados y al mismo tiempo beneficiar a los otros niveles del sistema de salud, con lo que aumenta la eficacia y la eficiencia general de todo el sistema. Una APS desarrollada y consolidada contribuye a mejorar la satisfacción del paciente y su adhesión a los tratamientos y reduce el número de hospitalizaciones evitables y la utilización innecesaria de las salas de urgencias (46).

Análisis de la situación integral de salud

Diagnóstico de salud de la comunidad

El diagnóstico de la situación es la primera fase del proceso de planificación. Constituye la base de cualquier proyecto de intervención, incluida, naturalmente, la planificación de los servicios de salud.

En el ámbito de la atención primaria de salud, al análisis de la situación se le conoce más como diagnóstico de salud de la comunidad, entendido éste como el proceso de recogida de datos y su posterior transformación en información, que permite conocer cuáles son los problemas y necesidades de salud de la población y los factores que las determinan. Básicamente, consiste en una descripción detallada de la propia comunidad y del estado de salud de sus habitantes, así como de los factores responsables de dicho estado de salud, de las características de las prestaciones sanitarias que recibe la población y de los problemas y necesidades sentidos por ésta.

El concepto de diagnóstico de salud aparece por primera vez en la literatura científica en la década de los 50 para referirse al estudio objetivo del nivel de salud de una comunidad. En el año 1957, la OMS daba a conocer un informe de un grupo de estudio sobre la medición del nivel de salud recomendando el uso de determinados indicadores sanitarios. El grupo de expertos reconoció que "los indicadores sanitarios serían útiles para evaluar el nivel de salud de una colectividad, para orientar la acción sanitaria y para facilitar la comparación de los datos obtenidos en distintos países (47). En definitiva, se considera el diagnóstico de salud de la comunidad como un instrumento indispensable para la planificación y programación en materia de salud.

Elementos básicos del diagnóstico de salud

El análisis de la situación de salud de una comunidad tiene su base teórica en una serie de elementos conceptuales tales con el concepto de salud, los determinantes de la salud, la medición de la salud, el concepto de comunidad o las nociones de problema y necesidad, que conviene recordar.

• Salud

Para llevar a cabo el diagnóstico de salud, lo primero que se requiere es tener un concepto claro de lo que se pretende medir, es decir, de lo que entendemos por salud. Desechada por los expertos, aunque no totalmente por la creencia popular, la idea de que la salud era la ausencia de enfermedad, la OMS definió la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedades o afecciones; una concepción subjetiva, estática y utópica, aunque positiva en sí misma, pero que, en la práctica, resulta imposible de medir objetivamente.

Hoy, sin renunciar a la definición oficial de la OMS, se consideran más útiles para la planificación y la gestión sanitaria enfoques de tipo ecológico que

conciben la salud como el estado de equilibrio y de adaptación al medio; o bien, enfoques funcionales que centran su atención en la plena capacidad del individuo para desempeñar sus funciones en sociedad.

Determinar, por tanto, el grado de bienestar, de adaptación al medio o el funcionamiento de las personas, en la comunidad, es el gran reto de cualquier diagnóstico de salud. No obstante, si la salud es bienestar y equilibrio armónico; si salud es calidad de vida y si la vida se organiza en comunidad, estudiar y mejorar la salud de una comunidad es, en definitiva, promover y alcanzar el fin último de la vida en sociedad (48).

• **Determinantes de la salud**

El análisis de la situación de salud parte de una concepción ecológica basada en el modelo epidemiológico de la multicausalidad. Ningún problema de salud tiene una causa única. El nivel de salud de una comunidad, como el de una persona, estará determinado por la intervención de diferentes factores que, con distintos grados de intensidad y durante períodos de tiempo variable, ejercen su acción sobre la población. Clásicamente los factores determinantes de la salud se han clasificado en endógenos (hereditarios, congénitos y constitucionales) y exógenos (físicos, químicos, biológicos y sociales); en las últimas décadas se ha preferido clasificarlos como factores ligados a la biología humana, factores relacionados con el entorno, estilos de vida y sistema de asistencia sanitaria. En cualquier caso, lo importante es que en el diagnóstico de la situación de salud de una comunidad, no se pierda la orientación multicausal y que, a través de los indicadores indirectos, se llegue a identificar, con la mayor precisión posible, los factores que condicionan el estado de salud propiamente dicho.

• **Medida de la salud**

Para medir la salud se pueden utilizar tres posibles alternativas: medirla positivamente tratando de cuantificar directamente el grado de bienestar

de las personas; medirla negativamente valorando su pérdida (morbilidad y mortalidad); o medirla de forma indirecta a través del estudio de todos aquellos factores que determinan el nivel de salud. Hasta ahora, los indicadores habituales del nivel de salud utilizados en los países de nuestro entorno, se han centrado en la ausencia de salud (enfermedad, discapacidad, mortalidad) y en la presencia de factores negativos de tipo ambiental, social, etcétera. Medir la salud en términos positivos ha sido el gran reto de los últimos años.

Numerosos expertos han tratado de homologar métodos basados en la autodeclaración individual (encuestas y entrevistas), en la medición de la capacidad funcional o en la consideración de ciertos elementos asociados a la calidad de vida con la finalidad de poder cuantificar el bienestar físico, mental y social de la población. A pesar de esos loables intentos, lo cierto es que, con carácter general, la medición de la salud, tanto individual como colectiva, se sigue realizando, fundamentalmente, en base a indicadores negativos de ausencia total o parcial de la salud, y a indicadores indirectos relacionados con los factores que influyen, especialmente de modo negativo, sobre la salud de la población. Sin embargo, en sociedades como las occidentales, en las que la población goza de niveles de salud relativamente altos, se hacen cada vez más necesarios instrumentos que en lugar de medir la ausencia de salud midan el bienestar, el equilibrio armónico entre el individuo y el medio, la capacidad de funcionar en sociedad y la calidad de vida.

• **Comunidad**

La naturaleza del diagnóstico de salud está directamente relacionado con el concepto de comunidad que se maneje. Una comunidad, desde la percepción del profesional sanitario, debe ser algo más que un conjunto de individuos, más o menos numeroso, asentado en un espacio físico determinado. Una comunidad es un grupo de personas que interactúan

con un relativo grado de armonía, que tienen intereses y objetivos comunes, que comparten características sociales, culturales y económicas, que están sometidas a los mismos factores ambientales y a las mismas reglas de convivencia y que tienen similares aspiraciones y problemas, entre ellos, los problemas de salud. Por tanto, ninguno de estos factores puede quedar fuera de un estudio integral de salud comunitaria (48).

• **Problema**

La identificación de los problemas de salud de una comunidad constituye uno de los objetivos fundamentales de la fase inicial del proceso de planificación. Sin embargo, aunque todos estamos familiarizados con el término problema, no siempre estamos en condiciones de definirlo y, sobre todo, de distinguirlo del concepto de necesidad. Por problema, en términos comunes, suele entenderse algo que provoca preocupación; una situación difícil que debe ser resuelta, un dilema, conflicto o inconveniente. En definitiva, se trata de una situación considerada como discrepante respecto de lo que consideramos adecuado o idóneo. En términos de salud, el problema representa una desviación o situación deficiente con relación a lo que se haya considerado como conveniente u óptimo. A partir, por tanto, de un concepto de salud óptima como el que ya hemos comentado, cualquier situación de malestar, incapacidad, desequilibrio o enfermedad es considerada como un problema de salud.

• **Necesidad**

Podemos definir la necesidad como la falta de cosas necesarias para vivir o como la situación de alguien que precisa de algo para disfrutar de una situación normal. También se ha definido la necesidad como aquel factor cuya presencia o ausencia impide o limita el funcionamiento normal de algo. Por necesidades de salud se entienden "aquellos factores, estados o situaciones en la comunidad cuya ausencia impide que un individuo

alcance un bienestar físico, mental y social óptimo” (49). En definitiva, la necesidad puede considerarse como la diferencia existente entre una situación real deficiente (problema) y una situación óptima, es decir, como lo que hace falta para solucionar el problema. No obstante, a la hora de analizar las necesidades de salud de una comunidad, es preciso tener en cuenta que existen varios tipos de necesidades. A saber:

- Necesidad normativa, que se establece a partir de lo que los expertos consideran como tal.
- Necesidad percibida, se refiere a las necesidades que la población cree tener.
- Necesidad expresada, consiste en la que cada individuo expresa mediante la demanda de servicios.
- Necesidad comparativa, se determina comparando los servicios que se ofrecen a una comunidad, con los que se necesitan en otra de características similares.

El estudio de cada una de estas necesidades requiere métodos diferentes, así, mientras que las necesidades normativas se establecen, fundamentalmente, por medio de indicadores y métodos cuantitativos; las percibidas se investigan mediante encuestas o entrevistas; las expresadas, a través de observaciones y registros y las comparativas, fundamentalmente, por medio de indicadores y grupos de expertos.

Prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles

Enfermedades crónicas, no transmisibles

Las enfermedades crónicas, no transmisibles (ENT) son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo. El término, enfermedades no transmisibles se refiere a un grupo de enfermedades que no son causadas

principalmente por una infección aguda, dan como resultado consecuencias para la salud a largo plazo y con frecuencia crean una necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo (50). Estas condiciones incluyen cánceres, enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas. Muchas enfermedades no transmisibles se pueden prevenir mediante la reducción de los factores de riesgo comunes, tales como el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, la inactividad física y comer alimentos poco saludables. Muchas otras condiciones importantes también se consideran enfermedades no transmisibles, incluyendo lesiones y trastornos de salud mental.

Epidemiología: Datos clave

- Las enfermedades no transmisibles (ENT) matan a 41 millones de personas cada año, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo. En la Región de las Américas, son 5,5 millones las muertes por ENT cada año (50).
- Cada año mueren por ENT en todo el mundo 15 millones de personas de entre 30 y 69 años de edad; más del 85% de estas muertes “prematuras” ocurren en países de ingresos bajos y medianos. En la Región de las Américas mueren 2,2 millones de personas por ENT antes de cumplir 70 años (50).
- Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las muertes por ENT (17,9 millones cada año), seguidas del cáncer (9,0 millones), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones), a nivel mundial (50).
- Estos cuatro grupos de enfermedades son responsables de más del 80% de todas las muertes prematuras por ENT (50).
- El consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas aumentan el riesgo de morir a causa de una de las ENT.

- La detección, el cribado y el tratamiento, igual que los cuidados paliativos, son componentes fundamentales de la respuesta a las ENT.

Las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo

• **Factores de riesgo conductuales modificables**

Los factores de riesgo conductuales modificables como el consumo de tabaco, la inactividad física, las dietas malsanas y el uso nocivo del alcohol aumentan el riesgo de ENT. El tabaco se cobra más de 7,2 millones de vidas al año (si se incluyen los efectos de la exposición al humo ajeno), y se prevé que esa cifra aumente considerablemente en los próximos años. Unos 4,1 millones de muertes anuales se atribuyen a una ingesta excesiva de sal/sodio. Más de la mitad de los 3,3 millones de muertes anuales atribuibles al consumo de alcohol se deben a ENT, entre ellas el cáncer. Unos 1,6 millones de muertes anuales pueden atribuirse a una actividad física insuficiente (50).

• **Factores de riesgo metabólicos**

Los factores de riesgo metabólicos contribuyen a cuatro cambios metabólicos fundamentales que aumentan el riesgo de ENT:

- El aumento de la tensión arterial.
- El sobrepeso y la obesidad.
- La hiperglucemia (concentraciones elevadas de glucosa en la sangre), y;
- La hiperlipidemia (concentraciones elevadas de grasas en la sangre).

En términos de muertes atribuibles, el principal factor de riesgo metabólico es la presión arterial elevada (al que se atribuyen el 19% de las muertes a nivel mundial), seguido por el sobrepeso y la obesidad y glucosa sanguínea elevada.

Respuesta preventiva de la OPS

La OPS promueve, coordina y ejecuta actividades de cooperación técnica, dirigidas a la prevención y control de las enfermedades no transmisibles, los factores de riesgo relacionados, las discapacidades y los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias; promueve una óptima nutrición y la seguridad vial con base evidencia apropiadas para el contexto político y sociocultural en el que se implementan. La OPS promueve la sensibilización y la comprensión política y pública sobre la carga de las ENT más comunes, sus factores de riesgo relacionados, los trastornos mentales y neurológicos, y dirige esfuerzos estratégicos de colaboración multisectoriales y de múltiples partes interesadas para fortalecer la capacidad de los estados miembros para promover y proteger la salud a través de políticas públicas, programas y servicios. Esto reducirá los riesgos y carga de la enfermedad y contribuirá a mejorar el bienestar físico, mental y social de la población.

Enfermedades transmisibles

En la Región de las Américas, las enfermedades transmisibles y otros problemas relacionados son numerosos y de gran alcance. La OPS prioriza la prevención de las enfermedades, la expansión y consolidación de la cobertura de la vacunación, el acceso al tratamiento, el fin de las epidemias de enfermedades transmisibles y, en última instancia, la eliminación de las enfermedades (51).

Epidemiología: Datos clave

Las enfermedades transmisibles afectan desproporcionadamente a las comunidades con recursos limitados y se vinculan con una compleja variedad de determinantes de la salud que se superponen, como la disponibilidad de agua potable y saneamiento básico, las condiciones de la vivienda, los

riesgos del cambio climático, las inequidades por razones de género, los factores socioculturales y la pobreza, entre otros.

Las estimaciones indican que un grupo de enfermedades transmisibles, como la infección por el VIH/sida, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades infecciosas desatendidas, representaron el 6% de la carga total de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en todos los grupos etarios y en ambos sexos en la Región de las Américas en el 2017. Ese mismo grupo de enfermedades provocaron 7% de la mortalidad total. Si se incluye la cirrosis relacionada con las hepatitis virales y el cáncer hepático relacionados con la hepatitis y el cáncer cervicouterino, la carga de enfermedad aumenta al 9% del total de defunciones. Además de los costos económicos, las enfermedades transmisibles imponen costos sociales intangibles a las personas, las familias y las comunidades. En síntesis, la carga que generan estas enfermedades, con sus costos económicos, sociales y de salud, impide que se alcance la salud plena y destaca la necesidad de redoblar los esfuerzos de eliminación de las enfermedades en la Región.

Respuesta preventiva de la OPS

La OPS promueve, coordina e implementa actividades de cooperación técnica relacionadas con la vigilancia, prevención, control, eliminación y/o reducción de las enfermedades transmisibles, zoonosis y amenazas medioambientales a la salud, que sean técnicamente sólidas y apropiadas para el contexto político y sociocultural en el que se implementan. Pretende lograr un impacto sostenible en la salud a través de la provisión de guías normativas, la implementación de intervenciones basadas en la evidencia, el fomento de alianzas que fortalezcan la capacidad de los países, la mejora de la eficacia de la colaboración entre los países y la facilitación de políticas y procesos de toma de decisiones.

REFERENCIAS

1. Ramos J, Chadwick E. El movimiento británico de salud pública y el higienismo español. *Rev Histor Industrial*. 2014; 55: p. 11-38.
2. Waters Y. *Visiting Nursing in the United States*. Philadelphia (United States): Charities Publication Commitee ; 1909.
3. Groshen D. *Always a Sister: The Feminism of Lillian D. Wald*. New York (EE.UU.) : The Feminist Press; 1995.
4. Chiriboga P, Wald L. La coyuntura antisegregacionista. *Publicaciones Médicas*. 2011; 1(1): p. 96-98.
5. Verderese O. Verderese, O; *Análisis de la enfermería en la América Latina*. Educ Méd Salud. 1979; 13(4): p. 315-340.
6. Amaro M. Mary O ´Donnell, la fundadora de las escuelas de enfermeras en Cuba. *Rev Cuban Enfermer*. 2001; 17 (1): p. 60-64.
7. Ramacciotti K, Valobra A. La profesionalización de la enfermería en Argentina: disputas políticas e institucionales durante el peronismo. *Rev Histor Med Ciencia*. 2010; 62(2): p. 353-374.
8. Veronelli J, Veronelli M. Los orígenes institucionales de la salud pública en Argentina. Tomo 2. Buenos Aires (Argentina): Organización Panamericana de la Salud ; 2004.
9. De la Torre P, Velasco M. La educación de enfermería en el Ecuador. *Rev Inv Educ Enfermería*. 1986; 4(1): p. 11-51.
10. Souza A. La formación en enfermería y el desarrollo socioeconómico en América Latina 1850-1950. *Rev Adm Sanit*. 2003 ; 1(4): p. 555-573.
11. Velandia A. *Historia de la enfermería en Colombia*. 2nd ed. Colombia: Editorial Universidad Nacional de Colombia; 2016.

12. Alemán M, Salcedo R, Ortega D. La formación de enfermeras en la Escuela de Salud Pública de México, 1922-2009. Evolución histórica y desarrollo académico de la enfermería en salud pública en México. *Perf Educativos*. 2011; 33(133): p. 174-196.
13. Barrionuevo-Bonini B, Fernandes-de-Freitas G, Cerna-Barba M. Historia de la enfermería en el Perú: determinantes sociales de su construcción. *Aquichan*. 2014; 14(2): p. 261-271.
14. Barboza L. Dinámica histórico-social y políticas de salud en Venezuela durante las décadas centrales del siglo XX (1909-1960). *Universida Central de Venezuela*. 2012; 50(3): p. 1-10. Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2012/3/art-3/>.
15. Castrillón M. Formación universitaria de enfermeras. Colombia 1937-1980. *Rev Inv Educ Enfermería*. 1986; 4(1): p. 53-72.
16. Organización Panamericana de la Salud. Perfil genérico para la formación de profesionales de enfermería en El Salvador. El Salvador : OPS; 2015.
17. Sánchez S. Historia de la enfermería en Uruguay Montevideo (Uruguay): Ediciones Trilce; 2002.
18. Naranjo B, Galarraga J. Preparación de auxiliares de enfermeras de salud pública en Venezuela. México (D.F.): Cuarto congreso regional de enfermería; 1956.
19. Restrepo L. Proceso histórico-social de la formación de enfermería en Venezuela. *Salud, arte y cuidado*. 2012; 5(1): p. 5-12.
20. Galiano S. Apuntes sobre historia de la enfermería en Nicaragua. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*. 1950 Mayo; 29(5): p. 1-6. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/11797/v29n5p551.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

- 21.** Zambrana E. La primera escuela de enfermeras en Bolivia. *Sal Pub Bol.* 1989; 46(1): p. 32-37.
- 22.** Mendizábal G. Historia de la salud pública en Bolivia. La Paz. Bolivia: Organización Panamericana de la Salud; 2002.
- 23.** Ramírez M. El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social: su historia. Paraguay: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social ; 2013.
- 24.** Higgins J. La tuberculosis en el Ecuador. Conferencia ante el Capítulo de Filadelfia de la Asociación Médica Panamericana. 1941; 21(2): p. 1-4. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/13275/v21n2p126.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- 25.** Sánchez E. Las escuelas nacionales de enfermeras en Venezuela 1940-1968. Creación de un perfil de enfermera. *Revista Voces: Tecnología y pensamiento.* 2013 Enero-Diciembre; 7: p. 9-24. Disponible en: <https://docplayer.es/14245424-Las-escuelas-nacionales-de-enfermeras-en-venezuela-1940-1968-creacion-de-un-perfil-de-enfermera.html>.
- 26.** Barona J, Guillem-Llobat X. Sanidad internacional y transferencia de conocimiento científico. Europa, 1900-1975. Valencia (España): Universitat de Valencia ; 2015.
- 27.** Organización Panamericana de la Salud. Análisis prospectivo de la educación en enfermería. *Educ Méd Salud.* 1989; 23(2): p. 119-154. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/39662/3156.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- 28.** Organización Mundial de la Salud. Enfermería y salud de la comunidad: informe de un Comité de Expertos de la OMS Ginebra: Serie de Informes Técnicos 558; 1974.

29. Alonso O. La especialidad en enfermería familiar y comunitaria. Volver a empezar. Rev de Seapa. 2013; 11: p. 27-30. Disponible en: <https://cdn.website-editor.net/0f27204129834cb0964f48b576060e-de/files/uploaded/7La%2520especialidad%2520de%2520enfermeria%2520familiar%2520y%2520comunitaria.pdf>.
30. Organización Panamericana de la Salud. Informe del comité del programa de libros de texto de la OPS/OMS para la enseñanza de enfermería en salud comunitaria. Educación Médica y Salud. 1976; 10(4): p. 371-388.
31. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Definiciones de enfermería. [Online].; sf [cited 2023 Noviembre 1. Available from: <https://www.icn.ch/es/recursos/definiciones-de-enfermeria>.
32. Henderson V. The concept of nursing. J Adv Nurs. 1977 Jan; 53(1): p. 32-4. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03660.x..
33. Jacquier N, Wolhein L, Martínez R, Osorio E. Enfermería comunitaria Posadas (Argentina): Editorial Universitaria de la Universidad Nacional de Misiones; 2015.
34. Comisión nacional asesora permanente de enfermería (CNAPE). Reconceptualización de la Enfermería como Profesión del siglo XXI en Argentina. [Online].; 2022 [cited 2023 Noviembre 1. Available from: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/07/reconceptualizacion_de_enfermeria_en_argentina_con_formato_institucional_ok.pdf.
35. Alvarado F. Administración y mejora continua en Enfermería. México: Mc Graw Hill; 2012.
36. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas (Infomed). Red Cubana de Enfermería Comunitaria. [Online].; 2023 [cited 2023

Noviembre 1. Available from: <https://temas.sld.cu/redenfermeriacomunitaria/acerca-de/que-es-la-enfermeria-comunitaria/>.

37. Conde S, Leal M, Schmunk S. Salud Comunitaria: Diagnosticos, Estrategias y participacion. Buenos Aires, Argentina: Editorial: Espacio; 1998.
38. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración del Milenio. [Online].; 2000 [cited 2023 Noviembre 2. Available from: <https://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>.
39. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. Resumen: panorama regional y perfiles de país. [Online].; 2017 [cited 2023 Noviembre 1. Available from: <http://www.bvs.hn/docum/ops/Salud.Americas.2017.pdf>.
40. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). La matriz de la desigualdad social en América Latina. Santiago; 2016.
41. Sen A. Development as freedom. New York: Alfred Knopf; 1999.
42. World Health Organization (WHO). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. [Online].; 2010 [cited 2023 Noviembre 1. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241500852>.
43. Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. Rev Panam Salud Publica. 2007; 21(2/3): p. 73–84. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7891/03.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

44. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Declaración de Alma-Ata. [Online].; 1978 [cited 2023 Noviembre 1. Available from: <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>.
45. van Doorslaer E, Wagstaff A, van der Burg H, Christiansen T, Citoni G, Di Biase R, et al. The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries. *J Health Econ.* 1999 Jun; 18(3): p. 291-313. doi: 10.1016/s0167-6296(98)00043-5.
46. Weiss L, Blustein J. Faithful patients: the effect of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. *Am J Public Health.* 1996 Dec; 86(12): p. 1742-7. doi: 10.2105/ajph.86.12.1742. PMID: 9003131.
47. World Health Organization (WHO). Study Group on the Measurement of Levels of Health & World Health Organization. [Online].; 1957 [cited 2023 Noviembre 2. Available from: Organización Mundial de la Salud. Medición del nivel de salud. Informe de un Grupo de Estudio. Ginebra: OMS, 1957.
48. Ramos Calero E. Diagnóstico de salud de la comunidad: métodos y técnicas. [Online].; 2002 [cited 2023 Noviembre 2. Available from: https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/786_psicologo_en_centros/material/diagnostico_de_salud_de_la_comunidad.pdf.
49. Hawe P, Degeling D, Hall J. Evaluación en promoción de la salud. Guía para trabajadores de la salud. Barcelona : Masson ; 1993.
50. Organización Panamericana de la Salud. Las ENT en la Región de las Américas: celebrando los 120 años de la OPS. [Online].; 2023

[cited 2023 Noviembre 2. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>.

- 51.** Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades Transmisibles. [Online].; 2023 [cited 2023 Noviembre 2. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-transmisibles>.

IV.

Enfermería MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD, FAMILIAR, COMUNITARIO E INTERCULTURAL

CAPÍTULO IV: MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD, FAMILIAR, COMUNITARIO E INTERCULTURAL

Según la OMS (1) un sistema de salud es una estructura social que está constituida por el conjunto de personas y acciones destinados a mantener y mejorar la salud de la población. Incluye por tanto diferentes elementos interrelacionados como instituciones, organismos y servicios que llevan a cabo, a través de acciones planificadas y organizadas, una variedad de actividades cuya finalidad última es la mejora de la salud. Entre éstas se incluyen actividades de promoción y protección de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, y rehabilitación y reinserción. Además la OMS señala que el funcionamiento de un sistema de salud contempla principalmente:

- La rectoría
- provisión de los servicios de salud
- financiamiento
- recursos humanos

En tal sentido, cada país construye su sistema de salud, basado en los modelos de desarrollo y determinantes políticos, sociales y culturales.

En Ecuador en la última década los procesos de reformas y transformación del sector salud han sido la agenda prioritaria de los gobiernos. Desde el año 2005 se impulsó el Aseguramiento Universal en Salud (AUS) que seguía los lineamientos internacionales propuestos por el Banco Mundial. A partir del 2007 se inició el proceso de transformación del sector salud hacia el acceso universal gratuito, y es en el 2008 que la nueva Constitución de la República (2) declara a la salud como un derecho humano inalienable y al Estado como garante del acceso universal y gratuito de la población para la atención y prevención de enfermedades.

Desde la perspectiva de una concepción integral de la salud y de la visión integradora del marco constitucional, varios de sus capítulos y articulados establecen derechos y garantías que se relacionan con la generación de condiciones saludables.

Marco conceptual del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (MAIS- -FCI)

El MAIS-FCI asume el concepto de salud dado por la OMS (3) donde la define como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Por lo que se orienta a la construcción, cuidado y recuperación de la salud en todas sus dimensiones: biológicas, mentales, espirituales, psicológicas y sociales. Las determinantes de salud que asume es el modelo elaborado por la OMS que tiene en cuenta el contexto socioeconómico y político, la posición socioeconómica, los factores intermediarios y los ambientales. Desde esta perspectiva la salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales (4).

La salud es entendida en una doble dimensión:

- producto de las condiciones sociales y biológicas.
- 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 (3).

El MAIS-FCI tiene un enfoque dirigido a la Atención Primaria de Salud renovada como estrategia que orienta el desarrollo de los sistemas de salud, al desarrollo de la epidemiología comunitaria, la participación social, el enfoque intercultural como posicionamiento ético y político de reconocimiento y respeto a la diversidad cultural y se orienta a la construcción, cuidado y recuperación de la salud en todas sus dimensiones: biológicas, mentales, espirituales, psicológicas y sociales, centrando su accionar en 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 (4).

Enfoque

El MAIS-FCI se rige bajo los siguientes enfoques:

- Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R): como estrategia que orienta el desarrollo de los sistemas de salud y debe ser la base de la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública Integral de Salud. Es decir, 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 (4).
- Epidemiología comunitaria: como metodología y herramienta para el análisis de la realidad y la transformación de la misma, con la par-

ticipación activa de la comunidad, constituyéndose en un elemento clave para la implementación del Modelo de Atención (4).

- Participación social: 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 (4).
- Interculturalidad: 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 (4). 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.
- Salud mental: importancia de intervenir en las condiciones de la salud mental y la incorporación de la salud mental comunitaria en los planes de salud y la organización de los servicios superando los Modelos: curativo y clínico biológico (4).
- Investigación, formación y capacitación del talento humano: 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 (4).

- Cuidados paliativos: 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 (4).

Definición

El MAIS-FCI 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, permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red de salud.

El modelo 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 (4).

Propósito

El propósito del MAIS-FCI es 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 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 (4).

Objetivos

Integrar y consolidar la estrategia de la 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 (4). Los objetivos estratégicos que se propone el modelo son:

- 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 colectivo.
- 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.
- 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.
- Excelente prestación de servicios en los tres niveles de atención con talento humano capacitado, motivados y comprometido.
- Implementación del Sistema Integrado de Telecomunicaciones y el Sistema Único de Información para fortalecer los procesos de atención, gestión y toma de decisiones.
- 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.

- 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.
- Fortalecer la planificación e intervención intersectorial que permita intervenir sobre los determinantes de la salud.

Componentes del MAIS-FCI

El MAIS-FCI tiene 4 componentes que hacen viable la operación y desarrollo del mismo (figura 1).

Figura 1. Componentes de MAIS-FCI



Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador (4)

Provisión de servicios

La provisión se relaciona con la oferta de servicios integrales e integrados de salud, garantizando la continuidad en la atención y respondiendo a las 14 necesidades de salud de la población, a nivel individual, familiar y comunitario.

Elementos que constituyen la provisión de servicios

Los elementos que constituyen este componente.

Grupos de población a quienes se entregará la atención

La definición de los grupos poblacionales se sustenta en los siguientes criterios:

- Individuos y familias considerando las necesidades de acuerdo al ciclo vital.
- Grupos prioritarios.
- Grupos expuestos a condiciones específicas de riesgo laboral, ambiental y social.

Conjunto de prestaciones por ciclos de vida

Se refiere a la relación ordenada en que se incluyen y describen el conjunto de derechos concretos, explícitamente definidos, en términos de servicios, tecnologías o pares de estados necesidad-tratamiento, que el sistema de salud se compromete a proveer a una colectividad, para permitirle acceder a ellos independientemente de su capacidad financiera y situación laboral (4). Esta prestación debe:

- Actualizarse periódicamente
- Incluir la atención de enfermedades catastróficas

Escenarios de atención

Los escenarios de atención tratan:

- Atención individual
- Atención familiar
- Atención a la comunidad
- Atención al ambiente o entorno natural

Modalidades de atención

La atención integral concierne a las siguientes modalidades:

- Atención extramural o comunitaria
- Atención intramural o en un establecimiento de salud
- Atención en establecimientos móviles de salud
- Atención Prehospitalaria

Estrategias y herramientas para brindar las prestaciones integrales de salud

Estas estrategias se ocupan de:

- Visitas domiciliarias: encuentro o acercamiento del equipo de salud al domicilio del usuario, familia y/o comunidad.
- Ficha familiar: instrumento esencial del MAIS-FCI que nos permite vigilar el estado de salud de la población sus necesidades y desarrollar las mejores políticas de salud para garantizar la prestación de servicios sanitarios.

Organización del sistema nacional de salud

La provisión de los servicios de salud en el Sistema Nacional de Salud se organiza por niveles de atención en I, II, III y IV nivel y en la lógica de

trabajo interinstitucional en redes y micro redes a nivel territorial (4). El componente de organización comprende:

Niveles de atención: Tipología y homologación de establecimientos de salud

La organización de los servicios de salud en niveles de atención, permite organizar la oferta de servicios para garantizar la capacidad resolutive y continuidad requerida para dar respuesta a las necesidades y problemas de salud de la población.

- I Nivel de atención: por su contacto directo con la comunidad debe cubrir a toda la población, este nivel debe resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes de la comunidad.
- II Nivel de atención: comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran hospitalización.
- III nivel de atención: corresponde a los establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados, los centros hospitalarios son de referencia nacional.
- IV nivel de atención: se concentra la experimentación clínica, preregistro o de procedimientos, cuya evidencia no es suficiente para poder instaurarlos en una población, pero que han demostrado buenos resultados casuísticamente o por estudios de menor complejidad.
- Nivel de atención prehospitolaria: atención autónoma e independiente de los servicios de salud, que oferta atención desde que se comunica un evento que amenaza la salud, en cualquier lugar donde éste ocurra, hasta que él o los pacientes sean admitidos en la unidad de emergencia, u otro establecimiento de salud, cuya capacidad resolutive sea la adecuada.

Organización de los equipos de atención integral de salud

Constituyen el eje fundamental de la implementación del MAIS, forman el conjunto de recursos profesionales de atención y gestión que permiten cumplir con los objetivos y metas (4).

Organización y funcionamiento de la red pública integral de salud y complementaria

Implican la articulación complementaria de instituciones y personas con el objetivo de garantizar el acceso universal de la población a servicios de salud, optimizando la organización y gestión en todos los niveles del sistema, para lograr calidad, eficiencia y oportunidad en los servicios de salud, articulándose funcionalmente con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad (4).

Articulación territorial de la red pública y complementaria de salud en zonas, distritos y circuitos

La organización territorial de la red de servicios de salud permite responder de manera adecuada a la realidad y necesidades de la población y activar los espacios de coordinación intersectorial y participación comunitaria en función del mejoramiento de la calidad de vida de la población (4).

Organización funcional de la red pública integral de salud y red complementaria

Está conformada por: el Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social-IESS (Seguro General de Salud Individual y Familiar, Seguro Social Campesino, Seguro de Riesgos del Trabajo), Fuerzas Armadas-ISSFA y Policía Nacional-ISSPOL, a esta red debe articularse las Unidades de Atención de la Dirección de Rehabilitación Social (4).

Gestión del sistema nacional de salud

Comprende los procesos gerenciales que brindan un soporte a la provisión y organización de los servicios de salud, para el logro de resultados sanitarios dentro del contexto del Modelo de Atención Integral. La gestión debe sustentarse en el Sistema Único de Información que permita la toma de decisiones de manera oportuna y basada en evidencias (4). Comprende los siguientes ámbitos:

Gestión basada en la metodología de Gobierno por Resultados (GPR)

Se orienta a una lograr una gestión pública de calidad, orientada a resultados, centrada en los ciudadanos, y se fundamenta en los principios de la Administración Pública establecidos en la Constitución de la República, así como dar transparencia y continuidad a la gestión de las instituciones públicas mediante la definición, seguimiento y actualización de planes estratégicos, planes operativos, riesgos, proyectos y procesos (4).

Herramientas de diagnóstico y monitoreo de las condiciones de salud: Diagnóstico de salud, Análisis situacional de Salud-ASIS

El ASIS es una herramienta metodológica para el diagnóstico y análisis de la situación de salud de la población de un determinado espacio territorial en un momento dado (4).

Planificación estratégica participativa y programación operativa

Deben ser procesos que involucren a los actores institucionales y comunitarios en la identificación de problemas y necesidades, basada en información (ASIS y sistema de información integrado), con enfoque intersectorial, sustentada en consensos y compromisos para el logro de metas

y resultados. La planificación debe también contemplar los presupuestos y recursos necesarios para el cumplimiento de los objetivos y metas (4).

Gestión y desarrollo del talento humano

Se orienta a fortalecer las capacidades técnicas y de gerencia; la revalorización del recurso humano de salud; retención e implementación de un sistema de estímulos en función de resultados; la implementación de procesos sistemáticos de evaluación de acuerdo a competencias y resultados; y, la formación y capacitación continua (4).

Gestión de infraestructura, equipamiento y medicamentos de acuerdo a los estándares definidos por la Autoridad Sanitaria Nacional y el cuadro de medicamentos básicos

Define de acuerdo a las necesidades nacionales el plan y estándares para la dotación de nueva infraestructura, mantenimiento correctivo y preventivo de la existente, equipamiento y su mantenimiento correctivo y preventivo y el cuadro de medicamentos básicos, el sistema de distribución financiera que asegure la disponibilidad oportuna de insumos y medicamentos (4).

Sistema único integral e integrado de información y telecomunicaciones

Herramientas básicas para la gestión e implementación del MAIS-FCI es el registro, análisis y toma de decisiones fundamentadas en evidencias, sobre las actividades de atención a usuarios, producción de los establecimientos de salud, información epidemiológica y la gestión de la red pública e integrada de salud (4).

Sistema de control de garantía de la calidad

Deberá garantizar las normas y procedimientos de atención y gestión definidos por el MSP (4). El sistema de control de garantía de la calidad incluye:

- Gerencia estratégica, de proceso y de calidad de los establecimientos de salud.
- Definición de perfiles para cargos técnicos y de gestión de los servicios de salud.
- Levantamiento de procesos para la gestión de los servicios de salud y de apoyo administrativo.
- Formulación y revisión periódica de guías de práctica clínica y terapéutica basada en evidencia científica.
- implementación de Auditoria Integral en Salud.
- Procesos de licenciamiento, certificación, acreditación de las unidades de la red pública e integrada.
- Control de calidad de insumos y productos farmacéuticos.
- Sistema de capacitación continua en gestión y gerencia de los servicios de salud y de gestión clínica.
- Sistema de fármaco vigilancia.
- Implementación de mecanismos para la veeduría y control social de la gestión y atención de los establecimientos de salud.

Monitoreo, evaluación y supervisión integral

Proceso continuo de acompañamiento, asesoría técnica y capacitación en servicio a los equipos de salud, sobre los procesos y resultados en la implementación del Modelo Integral de Salud (4).

Financiamiento del sistema nacional de salud

Permite asegurar la obtención de los recursos necesarios para el cumplimiento de:

- Planes estratégicos nacionales, zonales, distritales, provinciales y en circuitos.
- Proyectos en salud de las organizaciones que forman el SNS.

- Conjunto de prestaciones.
- Plan nacional de inversión en infraestructura y equipamiento del sector público.

Los elementos para el desarrollo de este componente serán:

- Recursos de la comunidad.
- Definición de las fuentes de financiamiento: Para el financiamiento de los Planes Estratégicos y Proyectos sus fuentes provienen de los diferentes presupuestos de las instituciones involucradas en el SNS. El financiamiento del Régimen de Prestaciones Garantizadas y el Plan Nacional de Inversión en equipamiento e infraestructura sus fuentes provienen de las instituciones del sector Salud que forman la red pública: Ministerio de Salud, IESS, Fuerzas Armadas, Policía. El sector privado lo realiza con fondos propios (4).
- Definición de la forma de asignación de recursos: Normalmente la asignación de recursos a las unidades ejecutoras está basada en gastos históricos y capacidad de gasto, en función de estos dos insumos se asignan los recursos cada año (4).
- Definición de los mecanismos de pago.

Marco legal y normativo relacionado al sector salud

Ecuador cuenta con un amplio marco legal y normativo que garantiza el derecho a la salud.

Constitución Nacional

Derecho a la salud

Art 32

La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. 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.

Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

Art 35

Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

Art. 36

Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad.

Art. 43

El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.
4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

Art. 46

El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes: Atención a menores de seis años, que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de sus derechos. Atención preferente para la plena integración social de quienes tengan discapacidad.

Art. 47

El Estado garantizará políticas de prevención de las discapacidades y, de manera conjunta con la sociedad y la familia, procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social.

Art. 50

El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente.

Derechos de libertad

Art. 66

Se reconoce y garantizará a las personas: El derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su

vida y orientación sexual. El Estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras.

Sistema Nacional de Salud (SNS)

Art. 358

El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

Art. 359

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

Art. 360

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

Art. 361

El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud,

y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

Gratuidad y universalidad de los servicios públicos de salud

Art. 362

La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

Art. 363

El Estado será responsable de:

1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.
2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.
3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.
4. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.
5. Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.

6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.
7. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.
8. Promover el desarrollo integral del personal de salud.

Financiamiento público del sector salud

Art. 366

El financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente, y deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado. Los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de salud. El Estado financiará a las instituciones estatales de salud y podrá apoyar financieramente a las autónomas y privadas siempre que no tengan fines de lucro, que garanticen gratuidad en las prestaciones, cumplan las políticas públicas y aseguren calidad, seguridad y respeto a los derechos. Estas instituciones estarán sujetas a control y regulación del Estado.

Ley Orgánica de Salud

La Ley Orgánica de Salud (5) ratifica las facultades estatales a través de la autoridad sanitaria nacional y la obligatoriedad de los actores públicos y privados, de acatar las disposiciones de la autoridad nacional, en los art 6, 7, 10, 62 y 66. Además la Ley le agrega especificidad al marco cons-

titucional, respecto de la atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico - degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública. Se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del SNS y de la participación de la población en su conjunto. Para ello, la investigación de sus causas, la magnitud e impacto sobre la salud, la vigilancia epidemiológica, la promoción de hábitos y los estilos de vida saludables, la prevención, recuperación, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos serán mecanismos que permitan la implementación de una política integral de salud, en el cual los actores del SNS son sus principales ejecutores y garantes del cumplimiento del derecho a la salud (Art. 69). En esta línea, Ley faculta a la autoridad sanitaria nacional coordinar con su par de Ambiente, la regulación necesaria para la preservación medio ambiental, de tal forma que se minimicen los efectos de la contaminación sobre la salud (Art. 95).

Plan decenal de salud 2022 – 2031

Equidad en salud

Objetivo: Reducir las desigualdades e inequidades que se producen en torno al acceso efectivo, universal y gratuito al derecho a la salud, por medio del abordaje intersectorial de los determinantes sociales y ambientales (6).

Estrategias

1. Integración de acciones intersectoriales de protección social para grupos de atención prioritarios y población que enfrenta múltiples vulnerabilidades sociales.
2. Desarrollo integral de la primera infancia

3. Promoción y cumplimiento de los derechos laborales, el empleo pleno y la seguridad y salud ocupacional
4. Mejoramiento de las políticas de transporte terrestre, movilidad y seguridad vial
5. Fortalecimiento de las acciones que permitan la prevención y contención de la violencia social, de género e intrafamiliar
6. Reducción de la incidencia de la contaminación del hábitat, el medio ambiente y el cambio climático sobre la salud

I. Promoción de la salud

Objetivo: Promover el bienestar de la población en todas las etapas de la vida, a través de la conformación de entornos, comunidades y hábitos de vida saludables y seguros (6).

Estrategias

1. Promoción de una alimentación saludable, actividad física y reducción del consumo de productos nocivos para mantener una vida saludable.
2. Apoyo al desarrollo local sostenible y entornos saludables, seguros e inclusivos.
3. Promoción de hábitos de vida que permitan a las personas a lo largo del curso de la vida ejercer un mayor control sobre su salud y su entorno; considerando los enfoques: intercultural, intergeneracional, de género y medicina tradicional, complementaria e integrativa.

II. Medicina preventiva

Objetivo: Reducir la carga de enfermedad a través del abordaje integral de salud pública, que permita reducir las enfermedades prevenibles y las muertes evitables. (6).

Estrategias

1. Fortalecimiento de planes de intervención de salud pública para la prevención, control y eliminación de enfermedades infecciosas desatendidas
2. Prevención y atención de enfermedades no transmisibles
3. Fortalecimiento del plan de reducción de mortalidad materna
4. Fortalecimiento del sistema de gestión de riesgos de la salud

III. Atención oportuna y de calidad

Objetivo: Garantizar el acceso a servicios de salud integrales y de calidad, con énfasis en redes de primer nivel de atención, modelos de gestión eficientes y transparentes (6).

Estrategias

1. Implementación de modelo de atención integral de salud comunitario, familiar e intercultural basado en la atención primaria de salud y redes de servicios integrales para garantizar la continuidad, calidad y eficiencia.
2. Modelo de gestión enmarcado en la agenda digital para la integración de la red de servicios de salud del SNS, que permita mejorar su eficiencia, oportunidad y calidad.
3. Acceso adecuado y oportuno a medicamentos, tecnologías sanitarias y vacunas.
4. Agenda digital y gestión de la información.

IV. Sistema de salud integrado y eficiente

Objetivo: Transformar el Sistema Nacional de Salud para que garantice el acceso y cobertura universal de salud (6).

Estrategias

1. Fortalecimiento de la rectoría y gobernanza del Sistema Nacional de Salud.
2. Reducción de barreras institucionales y organizativas a servicios del Sistema Nacional de Salud.
3. Incremento del financiamiento de la salud con equidad, eficiencia y sostenibilidad.
4. Gestión de la información, desarrollo, innovación e investigación de la salud.
5. Fomento de la participación social y rendición de cuentas de los actores del Sistema Nacional de Salud.

REFERENCIAS

1. OMS. The World Health Report 2000: health systems: improving performance. Ginebra: Disponible en: [http:// www.who.int/whr/2000/en/](http://www.who.int/whr/2000/en/); 2000.
2. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de la República del Ecuador. Título II Derechos; Título VII Régimen del buen vivir, sección segunda Salud. Ecuador. ; 2008.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Documentos básicos. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2014 [cited 2023 Octubre 24. Available from: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf>.
4. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS. Ecuador;; 2013.
5. Congreso Nacional. Ley Órganica de Salud. ; 2006.
6. Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud. Plan decenal de salud 2022 – 2031. Quito;; 2022.



V.

Enfermería
EVALUACIÓN DE CRECIMIENTO
DE NIÑOS Y NIÑAS
MENORES DE CINCO AÑOS

CAPÍTULO V: EVALUACIÓN DE CRECIMIENTO DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS

Lactancia materna

La lactancia materna es un derecho fundamental y universal de niñas, niños y mujeres, por lo que el Estado y la sociedad tienen la obligación de fomentarla, apoyarla y protegerla, para buscar la alimentación adecuada, el crecimiento y desarrollo integral.

La OMS (1) recomienda que, siempre que sea posible, los recién nacidos deben ser alimentados exclusivamente con leche materna hasta los 6 meses de vida, a partir de entonces y junto con el inicio de la alimentación complementaria, igualmente el organismo aconseja mantener la lactancia hasta los dos años de edad, o hasta que madre y/o hijo lo deseen.

Fisiología de la lactancia

El proceso de preparación y secreción de la leche materna comienza inmediatamente tras la concepción. Los cambios que ocurren en el tamaño y color de la areola, son a menudo la primera indicación física de embarazo en la madre. Estos cambios en las glándulas mamarias continuarán desarrollándose durante la gestación. Las mamas están preparadas para la lactancia desde el 4º mes de embarazo, si bien ésta no comienza hasta que no se desarrollan una serie de complejos cambios hormonales, que se inician unas horas después del parto (2).

La producción significativa de leche, conocida como subida de la leche, suele comenzar hacia las 48-72 horas después del parto, no obstante, es muy importante el calostro y las primeras succiones del bebé para la estimulación, así como el contacto piel con piel con la madre que incrementa

los niveles de oxitocina y prolactina y pone en marcha, de forma más natural, todo el proceso (2).

Beneficio de la lactancia materna

Para el niño

La lactancia es la forma mejor y más saludable de nutrición porque el recién nacido regula su composición en función de sus necesidades, contiene los nutrientes más apropiados y necesarios en cada momento del desarrollo del niño. La composición de la leche materna se adapta en función de las necesidades del crecimiento, además se digiere con facilidad, contiene las enzimas apropiadas que mejoran las digestiones facilitando el establecimiento de una flora bacteriana bífida que protegerá el aparato digestivo del lactante incluso en su vida adulta, contiene endorfinas que producen relajación y sueño, hormonas y muchos otros componentes beneficiosos (2). Los beneficios más importante son:

- Protege frente a las infecciones respiratorias, otitis, infecciones gastrointestinales e incluso urinarias.
- Protege frente al Síndrome de Muerte Súbita del Lactante.
- El amamantamiento proporciona contacto físico a los bebés lo que les ayuda a sentirse más seguros, cálidos y consolados.
- Los niños amamantados tienen un mejor desarrollo dental con menos problemas de ortodoncia y caries.
- Potencia el desarrollo intelectual gracias a que la leche materna tiene componentes específicos que son fundamentales para el desarrollo del cerebro.
- La leche materna se digiere mejor y tiene efectos positivos a largo plazo sobre la salud del niño disminuyendo el riesgo de que padezca

alergias, diabetes, enfermedad celíaca, enfermedad inflamatoria intestinal, obesidad, hipertensión o cifras altas de colesterol.

- Parece tener cierta protección frente a linfomas y algunos otros tipos de cáncer.
- La leche humana es el alimento de elección para todos los niños, incluidos los prematuros, los gemelos y los niños enfermos.

Para la madre

Mejora la recuperación tras el parto, acelera la recuperación del útero y además protege frente a la anemia después del parto.

- Moviliza las grasas de reserva acumuladas durante el embarazo, especialmente alrededor de los muslos y de las nalgas y favorece la recuperación de la silueta al reducir la circunferencia de cadera.
- Beneficios psicológicos: Incrementa el vínculo psicológico entre madre e hijo.
- Menor incidencia de cáncer de mama, de ovario y de útero.
- Induce a la relajación materna gracias a las hormonas que se segregan durante el amamantamiento.
- Mejora la autoestima materna.
- Disminuye el riesgo de artritis reumatoide.
- Disminuye la incidencia de osteoporosis y fractura de cadera en edad avanzada.

Técnica de lactancia

Una adecuada técnica es muy importante; de hecho, la mayor parte de los problemas de la lactancia materna son por una mala técnica. Siempre que surjan dificultades, es necesario observar una toma y corregir los defectos. Hay que apoyar a la madre y ofrecerle la ayuda de un grupo de apoyo de la lactancia si lo precisa.

1. Antes del procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Lavar las mamas.
- Brindar información a la madre sobre las formas de dar de lactar al niño.

2. Para un buen agarre

Es importante que todo el cuerpo del recién nacido esté de frente a la madre, con la cabeza bien alineada al pecho. Hay que introducir gran parte de la areola en la boca del niño. Para saber que la postura es correcta, la barriga del niño debe contactar con la de la madre, posición de ombligo con ombligo, la boca debe estar abierta, el labio inferior hacia fuera, las mejillas aplanadas cuando succiona (no hundidas) y la nariz y el mentón pegados al pecho. No es aconsejable que la madre separe con los dedos la nariz de la mama ni que haga maniobras de pinza con el pecho. Hay que evitar que el recién nacido tire del pezón a fin de evitar la aparición de grietas (3).

3. Posturas

No hay una única postura adecuada, la madre debe elegir la que le resulte más cómoda y puede variar con las tomas y en el tiempo. Una postura adecuada de la madre es importante para evitar lumbalgias y otras molestias secundarias a contracturas musculares (figura 2).

Figura 1. Postura para amamantar



- Posición de crianza biológica. Más indicada los primeros días o cuando haya problemas de agarre, la madre se sitúa recostada boca arriba y el bebé boca abajo. Se desarrollan los reflejos de búsqueda y gateo.
- Posición sentada. Puede ser más cómoda con elevación de los pies. El tronco del bebé debe estar de frente y pegado al de la madre, que sujetará con la mano su espalda apoyando la cabeza en el antebrazo.
- Posición acostada. La madre se sitúa acostada de lado, con el bebé también acostado de lado. Cómodo para las tomas nocturnas.
- Posición invertida o balón de rugby. Con el niño por debajo de la axila de la madre, con las piernas hacia atrás y la cabeza a nivel del pecho. Cómodo para amamantar gemelos o prematuros.
- Posición de caballito. Estando la madre sentada, se sitúa el bebé sobre una de las piernas y contactando el abdomen del bebé con el de la madre. Puede ser útil, en el caso de: grietas, reflujo gastroesofágico importante, prematuros, labio leporino, mandíbula pequeña y problemas de hipotonía.

Alimentación complementaria. Suplementación con micronutrientes MSP

En los primeros años de vida se desarrolla la conducta alimentaria. Esta se define como el comportamiento normal relacionado con los hábitos de alimentación. Está determinada por factores que dependen de: el alimento ofrecido, el niño o niña que lo recibe, el adulto que alimenta y el ambiente donde tiene lugar la alimentación. El desarrollo de los procesos de la alimentación comienza al nacimiento y progresa durante los primeros años (4).

¿Qué es la alimentación complementaria?

La alimentación complementaria se define como un proceso que comienza cuando la leche materna por sí sola ya no es suficiente para satisfacer las

necesidades nutricionales de los bebés y, por lo tanto, se necesitan otros alimentos y líquidos, con la leche materna.

La alimentación complementaria se considera un proceso por el cual se ofrecen al lactante alimentos sólidos o líquidos distintos de la leche materna o de una fórmula infantil como complemento y no como sustitución de ésta (5).

¿Cómo debe darse la transición de una alimentación exclusivamente líquida a otra con variedad de texturas y sabores?

Los alimentos complementarios tienen como función principal cubrir las brechas de energía y nutrientes entre las demandas diarias de los niños y la cantidad consumida durante la lactancia materna. Por lo tanto, las dietas deben ser altas en energía, con un aporte equilibrado de proteínas, carbohidratos y lípidos, así mismo con un contenido adecuado de vitaminas y minerales que asegure el cubrimiento de los requerimientos de hierro, ácido fólico y calcio, sin componentes poco nutritivos y al mismo tiempo con cualidades adecuadas de palatabilidad.

Esta transición debe darse en forma tal que:

- Asegure un aporte adecuado de nutrientes, según las necesidades, evitando carencias y excesos.
- Promueva el establecimiento de una adecuada conducta alimentaria que se mantendrá a lo largo de la infancia.
- Evite el consumo de alimentos o la adquisición de hábitos que puedan asociarse a enfermedades crónicas en otras etapas de la vida del individuo.

Antropometría

El término antropometría proviene del griego *anthropos* (hombre) y *metrikos* (medida) y trata del estudio cuantitativo de las características físicas del hombre.

Es un método incruento, de bajo costo, aplicable en todo el mundo para valorar el tamaño, proporciones y composición del cuerpo humano. Se usa para identificar sujetos que necesitan una consideración especial o para evaluar la respuesta de ese sujeto a alguna intervención. Reúne las condiciones: inocuidad, factibilidad, reproducibilidad y bajo costo operativo.

La antropometría como herramienta diagnóstica

La antropometría, es para algunos una herramienta y para otros una ciencia que estudia las dimensiones y medidas del cuerpo con expresión en modificaciones físicas en el ciclo vital ontogénico o en períodos históricos de crecimiento y desarrollo biológico entre individuos, para proporcionar datos que permiten explicar el estilo de vida y de alimentación, optimizar las intervenciones competentes sobre ellos y la producción de medios y servicios. La antropometría comprende un conjunto de procedimientos no solo de fácil aplicación, sino económicamente aceptables, cómodo, reproducible en el tiempo, no invasivo, inocuo y fiable, con carácter histórico y contextual para realizar diagnósticos tanto en individuos y poblaciones, por lo que la convierte en una herramienta de amplio uso. Se utiliza en la clínica médica para evaluar el crecimiento, el estado nutricional y también puede emplearse en el ámbito deportivo.

Medidas antropométricas

Las distintas medidas antropométricas varían de una población a otra, de lo cual se deriva la necesidad de disponer de los datos antropométricos de la población concreta objeto de estudio.

Los métodos de valoración antropométrica son:

- Antropometría clásica
 - Peso
 - Talla

- Diámetros
- Perímetros
- Pliegues
- Fraccionamiento antropométrico

Medición de talla y peso

La importancia de las mediciones de la talla y el peso, como medidas de la dimensión corporal de un individuo, son de gran importancia porque reflejan su composición corporal. Es decir que cuando se miden las dimensiones corporales por antropometría, con dos parámetros básicos como peso y la talla, éstas reflejan la composición corporal de manera global. De allí la importancia de su correcta y estricta medición, pues es una forma indirecta pero precisa de informar sobre el estado nutricional de un individuo.

- **Peso:** Es una medida de la masa corporal total de un individuo. La medición del peso refleja el crecimiento de los tejidos corporales como un todo, informa sobre el tamaño corporal total, es la medida más sensible de crecimiento, refleja tempranamente las variaciones en la ingesta de alimentos y la influencia en el estado nutricional de factores externos agudos, como enfermedades, etc. A diferencia de la talla puede recuperarse, cuando mejora la ingesta o se elimina la situación aguda que lo afecta.
- **Talla o longitud:** Es una medida del tamaño de un individuo. Indica el crecimiento lineal, representa el crecimiento esquelético. Es una medida poco sensible de las situaciones de corto plazo, que refleja la situación nutricional de los individuos en el mediano y largo plazo. A diferencia del peso no se recupera y los centímetros de talla perdidos no son nuevamente incrementados por los individuos. Es

por esto que está asociada a una medida de la historia nutricional de las personas.

Para la toma de medidas antropométricas, se debe contar con un mínimo de equipos de medición dentro de los que se encuentran: una balanza, un infantometro/tallímetro, y un centímetro. Éstos deben estar en adecuadas condiciones de funcionamiento y previamente calibrados antes de iniciar la toma de datos antropométricos.

Medición del peso

Para realizar el control de peso de los niños deben participar dos personas. Una de ellas se encarga de sujetar a la niña y niño, asegurarse que no se vaya a caer, mientras que la otra persona se encarga de realizar la medición y registrar, generalmente es la responsable de la evaluación.

Equipo

- Balanza pediátrica o palanca o con platillo calibrado en Kilos con graduaciones cada 10 gramos.
- Balanza redonda de resorte tipo reloj capacidad de 25 Kg, con graduaciones cada 100 g además un ángulo, dos sogas, dos calzonetas y dos mantas.
- Balanza con platillo, de palanca o pediátrica.
 - ✓ Sirve para pesar lactantes menores de 2 años) y niñas/ niñas mayores que pesan menos de 15 Kg.
 - ✓ Tiene graduaciones cada 10 ó 20 g.
 - ✓ Este tipo de balanza necesita ser calibrada (ponerla en cero) cada vez que se usa.
 - ✓ Las partes de la balanza son: Platillo de metal para colocar al niño. Barras de metal, un con escala en kilogramos (kg) y la otra en gramos (g) cada barra tiene pesas móviles. Tornillo para ca-

librar la balanza. Cuerpo de la balanza que es de metal pesado y sostiene el platillo.

Procedimiento para pesar

- Asegúrese que la balanza se encuentre en una superficie lisa, horizontal y plana.
- Tare la balanza con el pañal del bebé, colocando las pesas móviles en cero y moviendo el tornillo hasta que se encuentre en posición de equilibrio.
- Pida a la madre que colabore quitando la ropa del niño.
- Si la madre no desea desnudarlo o la temperatura es muy baja, tendrá que pasar al niño y niña con ropa ligera (registrar este detalle en observaciones).
- Coloque al niño en el centro del platillo, cuidando que no quede parte del cuerpo fuera, ni esté apoyado en alguna parte. Mientras permanece sentado o echado, la madre o acompañante deberá estar cerca para tranquilizarlo.
- Observar que la aguja se detenga, leer el peso en voz alta y anótelos en los registros respectivos (historia clínica, carné).

Medición de la estatura o talla

Talla: Cuando se mide a la persona de pie, se denomina estatura o talla. Se tomará la estatura a niños y niñas entre 2-5 años. Si no se conoce con exactitud la edad del niño, se mide acostado si mide menos de 85 centímetros.

Es un instrumento que se utiliza para medir la estatura de niños mayores de dos años y se mide en posición vertical (de pie). El tallímetro puede ser fijo cuando su diseño es para uso permanente en el establecimiento de salud y móvil o portátil, cuando está compuesto por piezas que se ensamblan en

el campo en cuyo caso requiere del uso de una mochila porta tallímetro para su protección y transporte.

Técnicas de medición.

- Coloque el tallímetro sobre una superficie, dura y plana contra la pared lisa que no tenga guarda escobas y tenga listo donde registrar la información.
- Pida a la madre que le quite los zapatos al niño o niña. Si la niña tiene amarrado o trenzado el cabello, deshaga el moño o trenza y retire cualquier adorno del cabello que pudiera estorbar la medición de la talla. Pídale que lleve al niño ó niña hacia el tallímetro y que se arrodille frente a él ó ella (en el caso que las madres no hagan las veces de personal de apoyo).
- Colocar la libreta de apuntes y el lápiz sobre el piso. Arrodílese sobre ambas rodillas al lado derecho del niño.
- Arrodílese sobre su rodilla derecha, para poder tener un máximo de movilidad, al lado izquierdo del niño tener la pierna izquierda semiflexionada.
- Ubique los pies del niño juntos en el centro y contra la parte posterior del tallímetro; las plantas de los pies deberán tocar la base del mismo. Ponga su mano derecha justo encima de los tobillos del niño y niña o sobre las espinillas su mano izquierda sobre las rodillas del niño y niña y empújelas contra el tallímetro, asegurándose de que las piernas del niño ó niña estén rectas y que los talones y pantorrillas pegados al tallímetro.
- Pida al niño o niña, que mire directamente hacia su madre, si ella se encuentra frente a él o ella. Asegúrese que la línea de visión de la niña ó niño sea paralela al piso. Coloque la palma abierta de su mano izquierda sobre el mentón del niño. Cierre su mano gradualmente de manera que no cubra la boca ni los oídos del niño.

- Fíjese que los hombros estén rectos, que las manos del niño descansen rectas a cada lado y que la cabeza, omóplatos y nalgas estén en contacto con el tallímetro. Con su mano derecha baje el tope móvil superior del tallímetro hasta apoyarlo con la cabeza del niño. Asegurase de que presione sobre la cabeza.
- Verifique la posición recta del niño. Repita cualquier paso que considere necesario.
- Cuando la posición del niño sea correcta, lea tres veces la medida acercando y alejando el tope móvil aproximándola al 0,1 cm. inmediato inferior, dicte el promedio de las tres medidas en voz alta.

Longitud y estatura

Es el crecimiento lineal del tamaño esquelético del ser humano, además es una medida de longitud que se expresa en centímetros. La progresión de la estatura es uniforme durante toda la vida y permanece estable cuando la maduración ósea corporal es total. Se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Longitud: es la medición de la mayor dimensión corporal que se realiza en los niños recién nacidos hasta los dos años.
- Estatura: es la medición que se realiza en posición de pie a partir de los dos años.

Medición de la longitud (menores de 2 años)

El infantómetro: Es un instrumento que se emplea para medir la longitud de niños menores de dos años y se mide en posición horizontal. El infantómetro puede ser fijo cuando su diseño es para uso en el establecimiento de salud, y es móvil o portátil cuando se necesita transportar al campo.

Técnicas para medir la longitud del niño

- Ubicar el tallímetro sobre una superficie dura y plana (por ejemplo sobre el piso, banca o mesa estable). Si no encuentra una superficie

plana o nivelada, para colocar el tallímetro nivele el piso. La persona que nos va ayudar a tallar lo denominaremos personal de apoyo y el personal que toma las medidas.

- Colocará la libreta de apuntes y el lápiz sobre el piso, banca o mesa. Arrodílese sobre ambas rodillas detrás de la base del tallímetro, si este se encuentra en el suelo o piso, o párese detrás de la base del tallímetro si está en la mesa. Evite que el tallímetro se corra con el movimiento del niño o del personal de salud que está tomando la medida.
- Arrodílese (si está en el piso) o párese (si está en la mesa) al lado derecho del niño para que pueda sostener el tope móvil inferior del tallímetro con su mano derecha. Es conveniente contar con dos cojines para que el antropometrista y el auxiliar se arrodillen en el suelo.
- Con la ayuda de la madre, acueste al niño sobre el tallímetro.
- Sostenga con sus manos la cabeza del niño por la parte de atrás y lentamente colóquela sobre el tallímetro.
- Si la madre no está siendo las veces de apoyo, pídale que se arrodille al lado opuesto del tallímetro, de frente al antropometrista, para que el niño se mantenga calmado.
- Coloque sus manos (ahuecadas) sobre los oídos del niño ó niña con sus dedos pulgares hacia adentro contra sus otros dedos, con sus brazos directamente rectos y de manera cómoda, coloque la cabeza del niño contra la base del tallímetro, para que mire en sentido recto, hacia arriba. La línea de visión del niño debe ser perpendicular al piso. La línea imaginaria que sale del orificio del oído hacia la base la "órbita" (hueso) del ojo es llamada "Plano de Frankort". Su cabeza debe estar en línea recta con la cabeza del niño. Mire hacia los ojos del niño.
- Fíjese que el niño esté acostado, de cúbito dorsal horizontalmente sobre el centro del tallímetro. Ponga su mano izquierda sobre las

rodillas del niño ó sobre las espinillas (por encima de los tobillos), presionando firmemente contra el tallímetro. Luego con su mano derecha coloque el tope móvil inferior del tallímetro firmemente tocando los talones del niño.

- Revise la posición del niño repita cualquier paso que considere necesario.
- Verifique la posición correcta del niño, lea tres veces la medida acercando y alejando el tope móvil, aproximándolo al 0,1 cm. inmediato inferior, dicte el promedio de las tres medidas en voz alta. Retire tope móvil inferior del tallímetro, luego retire su mano izquierda de las rodillas o tobillos del niño y niña y sosténgalo mientras se escribe la medida.

Medición del perímetro cefálico

El tamaño del cráneo está determinado por distintos componentes que influyen en su perímetro: encéfalo, líquido céfalo-raquídeo (LCR), sangre y el grosor de los huesos. Su incremento traduce un crecimiento del encéfalo, mientras que su disminución se asocia a una reducción del volumen del parénquima cerebral, de ahí la importancia de su medición, registro y valoración con las tablas de PC en cada control pediátrico.

Para realizar una correcta medición es fundamental considerar:

- El paciente debe tener la cabeza libre de cualquier objeto que pueda interferir con la medición.
- Se debe utilizar una cinta metrica inextensible.
- La cinta debe ser colocada en el perímetro máximo de la cabeza, como referencia se utiliza el punto máximo del occipucio y la glabella (en el entrecejo). Debe de situarse en plano horizontal, de manera tal que se encuentre a la misma altura de ambos lados de

la cabeza. Se debe ejercer una leve presión al momento de tomar la medición para comprimir el pelo y ligeramente la piel y así tener un registro fidedigno.

- Se debe realizar por lo menos dos mediciones y dejar registrado el perímetro máximo.

Técnica para la medición de perímetro cefálico

- Colocar la cinta métrica a lo largo de la cabeza del niño (modelo) utilizando el diámetro mayor e iniciando por el lado lateral.
- Pase la cinta exactamente sobre la región supraciliar pasando por arriba de las orejas y la parte más prominente del occipucio.
- Lea el dato obtenido.
- Registre el resultado.

Atención integral de las enfermedades prevalentes en la infancia

La atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) es una estrategia de atención integral que contribuye a conservar la salud y reducir la morbilidad y mortalidad de los niños menores de 5 años, por medio de un conjunto de acciones curativas, de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, que se brindan en los servicios de salud, en el hogar y en la comunidad. Es una estrategia establecida por la OMS, la Organización Panamericana de Salud (OPAS) y la UNICEF (6) para mejorar la salud en la niñez. La implementación de la AIEPI contempla la participación tanto de los servicios de salud como de la comunidad y la familia, y se lleva a cabo por medio de tres componentes:

1. Componente de organización local: Se enfoca en la gestión local para la atención integral de los menores de 5 años, así como la interacción entre las instituciones que componen la red de apoyo y la articulación con otros programas, estrategias y proyectos.

2. Comunitario: Organiza la atención y cuidados que el niño recibe en el hogar y la promoción de las prácticas clave por los actores sociales.
3. Clínico: Mejora el desempeño y las habilidades del personal de salud para la atención de los menores de 5 años y sus familias.

La atención integrada es un modelo de atención basado en la detección oportuna de casos con el uso de signos clínicos, clasificación adecuada y tratamiento oportuno. Se utilizan signos clínicos basados en resultados de investigación que logran un equilibrio cuidadoso entre sensibilidad y especificidad. Los tratamientos se llevan a cabo por clasificaciones orientadas a acciones, en lugar de diagnósticos nosológicos específicos. Cubre las enfermedades prevalentes de cada región y parte de la medicina basada en la evidencia (7).

Objetivos de la estrategia AIEPI

Los objetivos de la AIEPI son:

- Reducir la mortalidad infantil.
- Disminuir la incidencia y gravedad de las enfermedades y problemas de salud que afectan a los niños y niñas menores de 5 años de edad.
- Mejorar el crecimiento y desarrollo durante los primeros años de vida de los niños y niñas.

Para cumplir con los objetivos, la estrategia AIEPI se debe basar en los siguientes principios (tabla 3).

Tabla 1. Principios de la estrategia AIEPI

	Definición
Equidad	Tiene una connotación de justicia e igualdad social con responsabilidad y valoración de la individualidad, llegando a un equilibrio entre las dos cosas, la equidad es lo justo en plenitud; acceso igualitario a los medios de producción y distribución de los servicios de salud.

Integralidad	Es un valor moral, que tienen las personas cuando son congruentes y respetuosas de sus actos y creencias.
Eficiencia	Uso racional de los recursos con que se cuenta para alcanzar un objetivo predeterminado. A mayor eficiencia menor cantidad de recursos que se emplearán, logrando mejor optimización y rendimiento.
Coordinación intersectorial e interinstitucional	Mecanismos de coordinación entre sectores e instituciones para la definición conjunta de políticas de salud y para la solución concertada e integral de las mismas.
Participación social	Toda acción orientada directa o indirectamente a influir sobre las tomas de decisiones en asuntos sociales.
Trabajo en equipo	Grupo de personas trabajando de manera coordinada en la ejecución de un proyecto.
Longitudinal	El seguimiento de los distintos problemas de salud de un paciente por el mismo personal.
Decisión y compromiso político	Acción orientada a comprometer directa o indirectamente a participar activamente en los niveles de decisión de las políticas en salud.
Ética	La ética estudia la moral y determina que es lo bueno y, desde este punto de vista, cómo se debe actuar. Es decir, es la teoría o la ciencia del comportamiento moral. Se incluye la confidencialidad, moral, veracidad, etc.

Nota: Ministerio de Salud y Protección Social (7)

Proceso de atención integrada de casos

La atención integrada es un modelo de atención basado en la detección oportuna de casos con el uso de signos clínicos, clasificación adecuada y tratamiento oportuno. Se utilizan signos clínicos basados en resultados de investigación que logran un equilibrio cuidadoso entre sensibilidad y especificidad. Los tratamientos se llevan a cabo por clasificaciones orien-

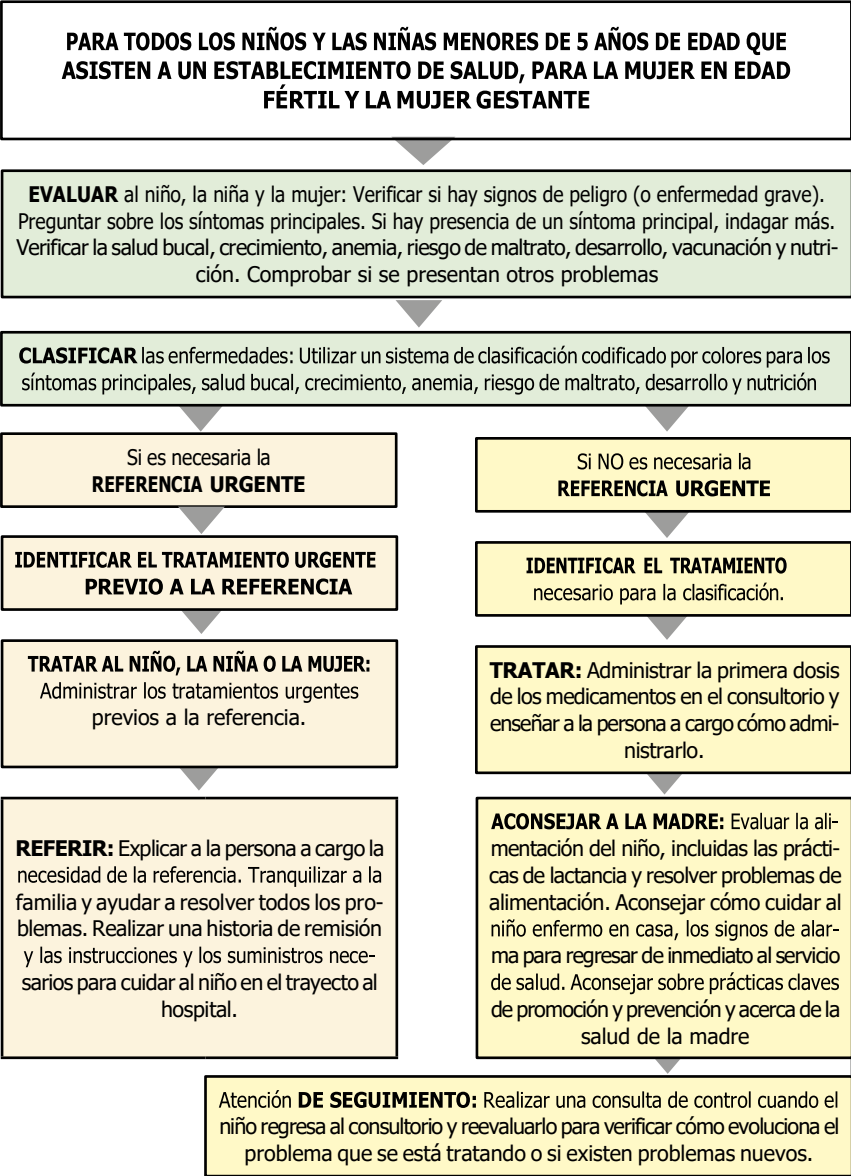
tadas a acciones en lugar de diagnósticos nosológicos específicos. Cubre las enfermedades prevalentes de cada región y parte de medicina basada en evidencia (8).

El modelo está diseñado para ser utilizado por profesionales de la salud que atienden niños desde el nacimiento hasta los cinco años de edad. Se trata de un proceso de manejo de casos para ser utilizado en un consultorio, centro de salud, departamento ambulatorio de un hospital, consulta externa o de urgencias, en todos los niveles de atención. Describe cómo atender a un niño que asiste a la unidad de salud cuando está enfermo, para vigilancia y promoción del crecimiento y desarrollo, para inmunización; por enfermedad o para una visita de seguimiento programada.

El manejo de casos es más efectivo si las familias acuden oportunamente con sus niños, para la atención por personal de salud capacitado. Si la familia no acude al servicio de salud cuando observa que el niño está enfermo, o bien el personal de salud no tiene las competencias para su atención, el niño tiene más probabilidades de morir. A continuación, en la figura 3 se resume el proceso de manejo integrado de casos. Igualmente, se presenta en la figura 4 el cuadro de procedimientos que muestran la secuencia de pasos y proporcionan información para realizarlos. Los Cuadros de Procedimientos contienen cuadros para:

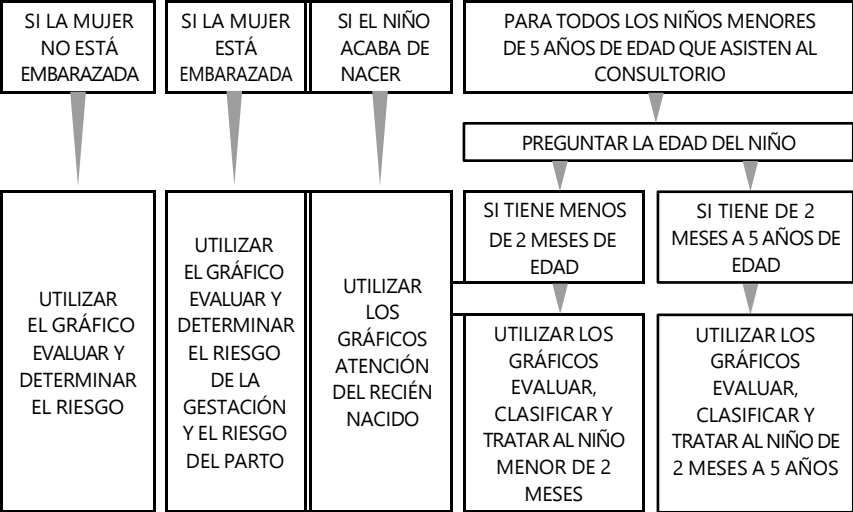
- Clasificar y recomendar a la mujer sobre el riesgo preconcepcional
- Clasificar y tratar al cuidador durante la gestación y el parto
- Clasificar y tratar al recién nacido en el momento del parto
- Clasificar y tratar al lactante menor de dos meses de edad
- Clasificar y tratar a los niños de dos meses a cinco años de edad

Figura 2. Resumen del proceso de manejo integrado de casos



Nota: Ministerio de Salud y Protección Social (7)

Figura 3. Cuadro de procedimientos para el manejo de casos



Nota: Ministerio de Salud y Protección Social (7)

Proyecto tamizaje metabólico neonatal

Los programas de tamizaje metabólico neonatal representan una de las estrategias de medicina preventiva más efectivas alrededor del mundo. Su objetivo es identificar a los recién nacidos asintomáticos con condiciones que pueden causar enfermedad, discapacidad o incluso la muerte, para que puedan recibir un tratamiento oportuno, disminuyendo la gravedad de la enfermedad, mejorando su calidad de vida y reduciendo su morbi-mortalidad (9).

El tamizaje metabólico neonatal ayuda a obtener resultados exactos de las enfermedades metabólicas que pueden afectar el desarrollo físico, neuronal, y muchas veces puede causar muerte en el recién nacido. Entre las teorías del tamizaje metabólico neonatal más aceptadas se encuentran las siguientes:

- Tamizaje metabólico neonatal básico: es un test que se realiza para descartar enfermedades que pueden afectar a los recién nacidos superficialmente sanos. Al ser un test básico solo puede detectar 4 enfermedades básicas pero que pueden ser mortales si no se da un debido diagnóstico y tratamiento (10).
- Tamizaje semiampliado: este al igual que el anterior, realiza una punción en el pie derecho del paciente, en este test se puede detectar entre 6 a 8 enfermedades metabólicas neonatales (11).
- Tamizaje metabólico ampliado: estas pruebas se realizan solo en países del primer mundo y logran detectar alrededor de 21 enfermedades metabólicas (11).

En Ecuador, el tamizaje metabólico neonatal es un proyecto del Ministerio de Salud Pública cuyo objetivo es la prevención de la discapacidad intelectual y la muerte precoz en los recién nacidos, mediante la detección temprana y manejo de errores del metabolismo. Se previene la aparición de cuatro enfermedades:

- Hiperplasia Suprarrenal (Discapacidad intelectual y muerte precoz)
- Hipotiroidismo (Discapacidad intelectual)
- Galactosemia (Discapacidad intelectual y muerte precoz)
- Fenilcetonuria (Discapacidad intelectual)

De acuerdo con el Ministerio de Salud Pública (12) todo neonato desde el momento de su nacimiento tiene el derecho a la salud y a pertenecer a una familia, es por esta razón que el tamizaje, afianza y da su debida importancia a estas relaciones y al hacerlo, se está asegurando condiciones prosperas y mancomunadas entre todos los miembros de una misma sociedad la cual se asegura de mejorar la calidad de vida en varios aspectos de sus integrantes. Es un instrumento vital para el tratamiento y prevención de enfermedades desde su diagnóstico; así como, prevenir discapacidades físicas e incluso, en ciertos casos, la muerte del recién nacido.

Importancia del tamizaje metabólico neonatal

La realización de esta prueba es beneficiosa, puesto que con tan solo la extracción de cinco gotas de sangre del recién nacido, se puede detectar defectos congénitos del metabolismo, el análisis de estas pruebas son rápidas, si un individuo obtiene un resultado positivo se realizará procedimientos diagnósticos posteriores para confirmar la enfermedad y en su caso, recibir tratamiento y así evitar el daño neurológico, reducir la morbilidad y mortalidad y disminuir las posibles discapacidades asociadas a dichas enfermedades (12).

Toma de muestra

La toma de la muestra y su aplicación es de forma general y estandarizada, por lo que independientemente del país en el que se aplique el tamizaje neonatal, el procedimiento para este será el mismo, al menos en gran parte del proceso, en Ecuador, se establece que la aplicación de la prueba es de carácter obligatorio y la toma de la muestra se realizara desde el cuarto día desde el nacimiento hasta el día 28, la misma se realizara en la red ampliada de salud, principalmente en centros públicos y privados donde se realicen partos y atiendan neonatos, a su vez, el personal encargado de la recolección de muestras, en la mayoría de los establecimientos, es el personal de enfermería.

Para la toma de muestras, el personal encargado deberá contar con un grupo detallado de materiales utilizados exclusivamente para este fin.

- Libro de control de muestras
- Guantes estériles
- Ficha de identificación
- Papel filtro
- Lanceta estéril

- Guardián para desechos corto punzantes
- Gasa o torunda de algodón
- Alcohol al 70% o Solución salina

El procedimiento para la toma de muestra de sangre puede establecerse en pasos específicos con actividades definidas y con fundamentación científica, según Zamara (13) estos pasos se enumeran a continuación:

1. Posición: el neonato debe tener las piernas libres y los pies descubiertos, al mismo tiempo será colocado frente al profesional de salud que tomará la muestra, el talón estará a la altura de los ojos del profesional y la cabeza del bebe se mantendrá a la altura del hombro de la persona que lo sostenga, el neonato deberá permanecer en posición vertical en lo que dure el procedimiento, mientras que el encargado tendrá que sostener el talón entre el dedo pulgar e índice con su mano izquierda, mientras mantiene su dedo medio cerca del tobillo sin ejercer demasiada presión.
2. Limpieza del sitio de punción: para la realización de la limpieza se utilizará alcohol isopropílico al 70% con una torunda de alcohol o gasa en su defecto, posterior a ello se utilizará otra torunda de algodón seca para retirar el exceso de alcohol, la humedad restante se dejará secar al aire.
3. Lugar de punción: para la selección del lugar de punción, el sitio se localizará en las zonas laterales del talón, a su vez debe evitarse en lo posible la zona media debido al riesgo de lesión en el hueso calcáneo lo cual conllevaría al desarrollo de osteomielitis, así mismo, debe tenerse en cuenta que para garantizar la obtención de una muestra considerablemente buena, previamente debe haberse calentado el talón del neonato con el uso de una compresa tibia a unos 37°C o mediante el uso de una frotación leve en el área de punción, la

estimulación del área usando frotación o calentamiento por medio de compresa es factor clave en la toma de muestra.

4. Obtención de la muestra: para realizar este procedimiento es necesario tener la lanceta a disposición, sin haberla sacado de su empaque estéril hasta el momento exacto de la punción, una vez estimulada el área de punción, de haberse realizado la desinfección del sitio y haber ubicado el punto de punción, y teniendo el papel filtro -9 así como, la lanceta a disposición, se procede a retirar la lanceta del empaque estéril, se realiza la punción manteniendo la lanceta sobre el área por 3 segundos sin presionar, se eliminara la primera gota con una torunda seca, dejar gotear la sangre sobre el papel filtro, se deberá mantener al bebe en una posición vertical, se dejara gotear sobre el papel filtro a una altura aproximada de 3mm, ejerciendo una ligera presión, la tarjeta deberá estar en posición horizontal y suspendida en el aire, las gotas de sangre deberán impregnar y llenar en su totalidad la circunferencia ubicada en el papel filtro.

Dentro del proceso del tamizaje neonatal se puede indicar que existen 2 tipos de muestras: las satisfactorias, deben cumplir ciertos requisitos como el diámetro de las manchas de sangre y su medida mínima que debe ser de 0,5 cm y al menos 3 muestreos de sangre en cada papel filtro, además tienen que estar homogéneamente distribuidas en ambas caras del papel y sin coágulos ni rayas con una coloración marrón-rojizo. Además, se puede clasificar las insatisfactorias:

- Muestra diluida: se presenta cuando la muestra es menor debido al efecto del diluyente (alcohol, productos químicos, líquido tisular)
- Muestra contaminada: ocurre ante la presencia de hongos provocada por almacenar muestras húmedas o con presencia de insectos
- Muestra de anillo de suero: se origina cuando el alcohol no ha sido retirado de forma óptima del talón del neonato o al guardar muestras

sin haberlas secado satisfactoriamente, al utilizar capilares para la recolección de la sangre o presionar excesivamente el talón para obtener la muestra.

- Muestra sobresaturada: se genera falsos positivos al superponer gotas de sangre en las muestras.
- Muestra con papel filtro dañado: papel filtro se daña por usar capilares, manipulación con los dedos, o superficies que lo estropean.
- Muestra con Coágulos: se presentan cuando se toman muestras por ambos lados del papel filtro.

Referencias

1. UNICEF. Lactancia Materna. Quito-Ecuador; 2013.
2. Mohamed –Mohamed D, Alcolea –Flores S. Guía para una lactancia materna feliz Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria; 2015.
3. De Antonio Ferrer L. Lactancia materna: ventajas, técnica y problemas. *Pediatr Integral*. 2015; XIX(4): p. 243-250.
4. Jiménez- Acosta S. La alimentación complementaria adecuada del bebe. ; 2019.
5. Gómez – Fernández M. Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría sobre la alimentación complementaria. ; 2018.
6. OMS. Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI). ; 1998.
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Libro Clínico, Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia Bogotá: Organización Panamericana de la Salud; 2015.
8. Cueva -Campoverde AC. Nivel de conocimiento, actitudes y prácticas (CAP) de las medidas preventivas de las enfermedades prevalentes

de la infancia (AIEPI) de las mujeres de la comunidad de Primavera Uksha, perteneciente a la Provincia de Imba. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador , Facultad de Enfermería; 2011.

9. Flores-Robles C, Ramírez-Vargas M, López-Navarrete G. Tamiz neonatal integral y su impacto en el recién nacido. CONAMED. 2023; 28(1): p. 6-1 doi: 10.35366/110867.
10. Barba- Evia J. Tamiz neonatal: Una estrategia en la medicina preventiva. Rev Mex Patol Clin Med Lab. 2004; 51(3): p. 130-144.
11. Clemente- Zambrano M. Conocimiento de las mujeres embarazadas sobre el tamizaje metabólico neonatal: Centro de Salud 5 de Junio. La Libertad 2014-2015. Universidad Estatal Península de Santa Elena , Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud; 2015.
12. Ministerio de Salud Pública. Tamizaje metabólico neonatal. Promoción de la salud. ; 2017.
13. Zarama –Hinojosa R. Importancia de la aplicación del tamizaje metabólico neonatal. Universidad Estatal de Milagro, Facultad Ciencias de la Salud; 2019.



VI.

Enfermería
SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
Y PROGRAMAS DEL MSP

CAPÍTULO VI: SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y PROGRAMAS DEL MSP

Introducción

La vigilancia de la enfermedad (el escrutinio continuo de todos los aspectos de aparición y difusión de la enfermedad que son pertinentes para su control efectivo) juega un papel fundamental en la implantación de políticas sanitarias que afectan tanto a la Atención Primaria como a otros niveles de atención sanitaria (1), no sólo asistencial, sino en materia preventiva, promoción de la salud, etcétera.

Es válido preguntarse si realmente un sistema sanitario puede existir sin ningún tipo de sistema de vigilancia para el control de la enfermedad. Realmente, ¿sería posible seleccionar los problemas de salud más importantes y aplicar las medidas más adecuadas para su control, su prevención, etcétera, sin tener sistemas de información que indiquen su frecuencia, qué personas son las más afectadas, o qué ámbitos geográficos, sociales, culturales son los que tienen un mayor riesgo? ¿Cómo se podrían asignar prioridades? ¿Cómo podríamos optar entre diferentes estrategias de prevención, tratamiento, rehabilitación? ¿Cómo se evaluarían los resultados de nuestras actuaciones en dichos ámbitos?

Sin embargo, aunque la vigilancia epidemiológica es un método muy adecuado para responder a dichas preguntas, aún muchos países, regiones y sistemas sanitarios no tienen implantados sistemas de vigilancia o, si se tienen los resultados del análisis de su información, no se integran dentro de los procesos de toma de decisiones, de planificación, o incluso de la práctica habitual de estrategias de salud a nivel comunitario.

Algunas de las causas de la escasa introducción de esta metodología se deben a la confusión terminológica en diferentes idiomas, así como la

propia concepción de la vigilancia. Otro de los factores fundamentales de su escasa implantación en todos los procesos es la concepción errónea de que la vigilancia epidemiológica atañe en exclusiva a las enfermedades infecciosas (morbilidad, cambios en agentes biológicos, cambios en la población susceptible, etcétera), sin tener en cuenta el amplio trabajo realizado en vigilancia de la mortalidad, de los procesos crónicos, de los defectos congénitos, del cáncer, de la morbilidad laboral, de los eventos adversos asociados al uso de medicamentos, entre otros. Estos son solamente unos ejemplos de distintos campos donde la vigilancia epidemiológica ha actuado en los últimos años en diferentes países en el ámbito de la morbimortalidad (2).

Conceptos y definiciones

Los sistemas de salud se han visto en la obligación y necesidad de establecer sistemas de vigilancia con el objetivo de conocer el proceso de salud enfermedad en la población. En términos prácticos, la vigilancia se entiende como la observación sistemática y continuada de la frecuencia, la distribución y los determinantes de los eventos de salud y sus tendencias en la población. En términos más precisos "la vigilancia es el análisis, interpretación y difusión sistemática de datos colectados, generalmente usando métodos que se distinguen por ser prácticos, uniformes y rápidos, más que por su exactitud o totalidad, que sirven para observar las tendencias en tiempo, lugar y persona, con lo que pueden observarse o anticiparse cambios para realizar las acciones oportunas, incluyendo la investigación y/o la aplicación de medidas de control" (3).

Todo sistema de vigilancia debe estar amparado por un marco legal propio del Estado que garantice la operación eficiente de dicho sistema.

Este concepto, según la OPS (3), tiene dos componentes prácticos:

- La medición sistemática de problemas prioritarios de salud en la población, el registro y la transmisión de datos.
- La comparación e interpretación de datos con el fin de detectar posibles cambios en el estado de salud de la población y su ambiente.

Esta definición destaca tres características de la vigilancia:

1. Es un proceso continuo y sistemático, es decir, no es una actividad aislada en el tiempo, ni se puede ejecutar sin métodos;
2. Es un proceso de escrutinio de tendencias, y;
3. Es un proceso de comparación, entre lo que se observa y lo que se espera, para detectar o anticipar cambios en la frecuencia, distribución o determinantes de la enfermedad en la población.

La vigilancia resulta esencial para las actividades de prevención y control de enfermedades y es una herramienta en la asignación de recursos del sistema de salud, así como en la evaluación del impacto de programas y servicios de salud. El enfoque de la vigilancia requiere equilibrio entre las necesidades de información y las limitaciones para la recolección de datos. El carácter pragmático y dinámico de la vigilancia depende de la cooperación continua del personal de salud en los diferentes niveles de los servicios de salud.

La expectativa desmesurada sobre las actividades de vigilancia y la dificultad para demostrar su utilidad pueden hacer inoperantes los sistemas de vigilancia y conducir al uso ineficiente de los recursos. El análisis e interpretación de los datos de la vigilancia debe someterse a los límites de la oportunidad, el tiempo, la cobertura geográfica y número de individuos requeridos para que estos sean útiles (4).

En años recientes se ha ido consolidando el concepto de "vigilancia en salud pública" y, con ello, se ha desplazado el de "vigilancia epidemiológica" en la práctica cotidiana. Es importante reconocer que este problema de

terminología tuvo su origen en la discrepancia sobre tres aspectos fundamentales del alcance de la vigilancia como actividad de la salud pública. Estos aspectos se revisan brevemente a continuación:

- **La vigilancia, ¿debe o no incluir la investigación?**

El término “epidemiológica” acompañando al de “vigilancia” aparece alrededor de 1965, asociado a la creación de la “Unidad de Vigilancia Epidemiológica” en la OMS y a la definición de “vigilancia”, propuesta por Raska, adoptada por la 21a Asamblea Mundial de la Salud en 1968. Esta definición incluía la práctica epidemiológica general y, más concretamente, las actividades de investigación epidemiológica como parte de la vigilancia en sí. Langmuir, el promotor del concepto moderno de vigilancia desde 1950 como función del entonces Centro de Enfermedades Transmisibles de Estados Unidos (hoy CDC), consideró que, aunque la vigilancia pueda orientar la investigación, ésta debe verse como una función separada de aquella. Dicho de otro modo, el término “vigilancia epidemiológica” podría ser erróneamente entendido como sinónimo de “epidemiología” en la práctica de los servicios de salud.

- **La vigilancia, ¿debe o no incluir el control?**

El concepto de “vigilancia” de la Asamblea Mundial de la Salud también atribuía a la vigilancia la responsabilidad por el seguimiento necesario hasta asegurar que se haya tomado acción efectiva sobre el problema bajo vigilancia. Esta práctica fue adoptada por muchos de los llamados programas verticales, cada uno de los cuales estableció su propio sistema de vigilancia que incluía la ejecución de activas medidas de control; así, vigilancia fue sinónimo de contención del problema en la población, incluyendo cercos epidemiológicos, vacunación masiva, rociamiento de insecticidas y quimioterapia a gran escala, entre otras medidas de contención. Nuevamente, Langmuir advirtió que, aunque el eslabón final de la

cadena de vigilancia es la aplicación de medidas de prevención y control, la decisión y ejecución efectivas de las operaciones de control deben recaer en la autoridad sanitaria propiamente constituida y no en el epidemiólogo.

- **La vigilancia, ¿es o no una actividad de monitoreo?**

En muchos servicios de salud los términos “vigilancia” y “monitoreo” se han usado en forma indistinta aunque, como señaló Eyles y Noah, son en realidad diferentes. Por definición, la vigilancia tiene que ver con la población, mientras que el monitoreo se aplica a grupos específicos o individuos. El término “monitoreo” debe ser confinado a la evaluación continua de una relación entre intervención y cambio: el monitoreo evalúa una acción e implica un ajuste constante del desempeño con relación a los resultados. Así, el monitoreo es una importante herramienta para la gerencia en salud. Ambos procesos sólo tienen en común el hecho de ser rutinas continuas de medición y recolección de datos y de emplear métodos que tienden a ser rápidos y prácticos.

En 1988 Thacker y Berkman (5) proponen formalmente el uso del término “vigilancia en salud pública”, como alternativa al de “vigilancia epidemiológica”, a fin de “remover cierta confusión que rodea la práctica actual” derivada del problema de terminología y sobre todo, coincidiendo con Langmuir, destacar que la vigilancia no involucra la investigación ni la provisión de servicios por sí misma. Esto se vio reflejado en la definición ofrecida por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de EE.UU, al considerar que es la Recolección sistemática, análisis e interpretación de datos de salud necesarios para la planificación, implementación y evaluación de políticas de salud pública, combinado con la difusión oportuna de los datos a aquellos que necesitan saber (6). Esencialmente, la vigilancia epidemiológica implica la recolección de datos sobre un problema de salud, su análisis y posteriormente la utilización

de los mismos en la prevención de enfermedades y en la mejora de las condiciones de salud de la población.

El concepto de vigilancia en salud pública no incluye la administración de programas de prevención y control, aunque sí incluye un vínculo intencionado con tales programas. Conviene observar que la evolución del concepto de “vigilancia” ha venido ocurriendo dentro del proceso mayor de consolidación de la epidemiología moderna como disciplina básica de la salud pública. Dichos cambios, por tanto, se han visto influenciados en cierta medida por el cambio de paradigmas. En la práctica, el objeto bajo vigilancia se amplió de las enfermedades transmisibles a las no-transmisibles, a ciertos factores de riesgo y a otras condiciones de interés para la salud pública. Así, bajo el actual modelo de determinantes de la salud, se considera que el término “vigilancia en salud pública” refleja más apropiadamente la visión integral necesaria para la puesta en práctica de la epidemiología en los servicios locales de salud (3).

Objetivos y usos de la vigilancia en salud pública

Los usos de la vigilancia son de tres tipos, los de seguimiento de los eventos de salud, los que están vinculados con las acciones de salud pública y por último otros usos.

El primer grupo de usos de la vigilancia describe los patrones de ocurrencia de las enfermedades e incluyen los siguientes:

1. Estimar la magnitud de los eventos (por ejemplo que tan frecuente es un padecimiento en una población).
2. Detectar cambios agudos en la ocurrencia y distribución de las enfermedades (por ejemplo brotes, epidemias y la presencia de problemas emergentes).

3. Identificar, cuantificar y monitorear las tendencias y patrones del proceso salud-enfermedad en las poblaciones (por ejemplo incremento reciente de las enfermedades de transmisión sexual).
4. Observar los cambios en los patrones de ocurrencia de los agentes y huéspedes para la presencia de enfermedades (por ejemplo vigilancia de laboratorio del virus de la influenza).
5. Detectar cambios en las prácticas de salud (por ejemplo incremento de la tasa de cesáreas).

El segundo grupo tiene vínculos con la salud pública, usando los datos colectados para facilitar la evaluación e investigación de las medidas de prevención y control y son:

1. Investigar y controlar las enfermedades, los reportes de muchas de las enfermedades sujetas a vigilancia estimulan la acción, la búsqueda de la fuente de infección, más allá cuando la fuente de infección es detectada, la acción rápida, como el retirar algún producto del mercado, cerrar un restaurante, dar la alerta al público o identificar personas expuestas.
2. Planear los programas de salud, el monitorear los cambios en la ocurrencia de las enfermedades en tiempo, lugar y persona, permite a los servicios anticipar cuando y donde pueden ser requeridos los recursos y por lo tanto elaborar un plan para asignar los recursos adecuadamente para que sean efectivos.
3. Evaluar las medidas de prevención y control (por ejemplo la modificación a la política de vacunación contra el sarampión en México, donde después de la epidemia de los 80', el esquema de vacunación paso de una a dos dosis).

Los otros usos de la vigilancia son:

1. Probar hipótesis, estas frecuentemente son generadas por el análisis de los datos de vigilancia, la epidemia de SIDA fue detectada en 1981 en Estados Unidos con el análisis de un grupo de casos de una inmunodeficiencia adquirida, en homosexuales, con sarcoma de Kaposi y neumonía por *Pneumocystis carinii*.
2. Archivos históricos de la actividad de las enfermedades, la información de la vigilancia se concentra año con año en anuarios de información, que al paso del tiempo sirven para desarrollar modelos estadísticos para predecir la factibilidad de las políticas propuestas para la erradicación de enfermedades.

Eventos de salud bajo vigilancia

En general, los objetos bajo vigilancia son de cuatro tipos: enfermedades, síndromes, factores de riesgo y otros eventos de salud pública. En el proceso de priorización de los eventos sujetos a vigilancia deben considerarse:

- a. Eventos sujetos a vigilancia por el Reglamento Sanitario Internacional (RSI-2005): viruela, poliomielitis por virus salvaje, influenza humana por nuevo serotipo y síndrome respiratorio agudo severo (SARS).
- b. Todo evento que pueda constituir una Potencial Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional, incluyendo cólera, peste neumónica, fiebre amarilla, fiebres hemorrágicas virales, fiebre del Nilo Occidental, otras enfermedades de importancia nacional o regional especial y cualquier evento de potencial importancia en salud pública internacional.
- c. Enfermedades que ya han sido total o parcialmente erradicadas (poliomielitis, fiebre amarilla urbana, viruela).
- d. Enfermedades que se encuentran en fase de eliminación (sarampión, rubéola, parotiditis, tétanos del recién nacido, sífilis congénita, etcétera)

- e. Enfermedades transmisibles de corto período de incubación y alta letalidad (cólera, infección por virus Ebola; entre otras).
- f. Enfermedades emergentes, reemergentes y desconocidas en el área geográfica, de interés nacional e internacional (dengue, malaria, tuberculosis, VIH/SIDA, infección por hantavirus, encefalopatía espongiforme subaguda o enfermedad de las “vacas locas” etcétera).
- g. Enfermedades no transmisibles de alta mortalidad prematura (cáncer del cuello de útero, infarto agudo de miocardio, accidentes, diabetes mellitus, etcétera).
- h. Daños a la salud provocados por sustancias tóxicas ambientales (plomo, compuestos órgano-fosforados, arsénico, etcétera).
- i. Factores de riesgo de alta prevalencia (hipertensión arterial, tabaquismo, estrés, alcoholismo, malnutrición, etcétera).
- j. Condiciones saludables o eventos de salud positivos (lactancia materna, ejercicio físico regular, salud ocupacional, etcétera).
- k. Otros eventos de naturaleza social condicionantes o determinantes de problemas de salud (violencia urbana y doméstica, abuso sexual, delincuencia, desplazamiento de poblaciones, desempleo, desigualdades en salud, etcétera).

El contexto de actuación de la vigilancia

El contexto en el que funciona un sistema de vigilancia, en términos prácticos, está formado por tres ámbitos: la población, la red de servicios de atención de salud y la autoridad de salud pública. El proceso se inicia en la población donde ocurre la enfermedad y termina en la población donde se ejecutan las medidas de control de la enfermedad.

Debe reconocerse el papel que juega la red de servicios de atención de salud en este contexto: es la red de servicios de salud la que detecta, notifica y

confirma los eventos de salud bajo vigilancia y es a través de ella que los programas de control ejecutan muchas de sus acciones. En consecuencia, la operación eficiente del sistema de vigilancia depende en gran medida del nivel de organización, infraestructura, capacitación y compromiso de las redes de servicios de atención de salud locales.

Un aspecto relacionado con el funcionamiento de los sistemas de vigilancia en el terreno es la selección racional de los eventos de salud a ser vigilados. Dentro de la priorización de los eventos a vigilar, se debe considerar que es importante que estos sean específicos, medibles, y vulnerables a la intervención. Concretamente, la selección de las enfermedades o condiciones a vigilar debería guiarse por los siguientes principios:

- El evento de salud a vigilar debe tener clara importancia en salud pública.
- Deben existir acciones específicas en salud pública que puedan ser tomadas.
- Los datos relevantes para la vigilancia deben estar fácilmente disponibles.

Para cumplir con ello, el sistema de vigilancia debe ser realista, oportuno y contar con una infraestructura mínima.

La práctica de la salud pública en el nivel local no depende solamente de la eficiencia de los sistemas de vigilancia, sino también de la ejecución de actividades de investigación epidemiológica y la coordinación con los programas de control. Las normas nacionales de vigilancia y control de enfermedades prioritarias deben servir de guía para el funcionamiento entre los sistemas de vigilancia, los programas de control y la población en general.

Etapas básicas de los sistemas de vigilancia

Las etapas básicas de la vigilancia son cuatro y cada una tiene actividades y responsables específicos dentro del sistema (tabla 4).

Tabla 1. Etapas y actividades básicas del sistema de vigilancia

ETAPAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Recolección de datos	-Operacionalización de las guías normativas: -Detección de casos -Notificación -Clasificación de casos -Validación de los datos	-Autoridades locales de salud: -Equipo de salud -Equipo de salud -Autoridades de salud locales, intermedias y nacionales -Autoridades de salud locales, intermedias y nacionales
Análisis de la información	-Consolidación de datos -Análisis de variables epidemiológicas básicas	-Autoridades de salud locales, intermedias y nacionales -Autoridades de salud locales, intermedias y nacionales
Interpretación de la información	-Comparación con datos previos e inclusión de variables locales no consideradas en la recolección de datos	-Autoridades de salud locales, intermedias y nacionales
Difusión de la información	-Elaboración de materiales de difusión para distintos niveles de decisión	-Autoridades de salud locales, intermedias y nacionales

Nota: OPS (3)

Una parte importante antes de llevar a cabo las etapas de la vigilancia es la definición del problema a vigilar, para lo cual la autoridad nacional definirá, de acuerdo a la normativa vigente y las condiciones particulares de la zona geográfica, el evento de salud sujeto a vigilancia. Esta definición debe quedar claramente registrada en documentos que se difundirán ampliamente, lo que permitirá unificar criterios en la operación del sistema de vigilancia. Es de importancia que en este documento se incluyan las fuentes de notificación y recolección de datos, las definiciones de caso, así como, la periodicidad de notificación.

Recolección de datos

La calidad de un sistema de vigilancia se mide a menudo por la calidad de los datos recolectados. Además, se precisa contar con datos de población para usar como denominadores en el sistema de vigilancia. La recolección de datos es el componente más costoso y difícil de un sistema de vigilancia.

Las actividades de recolección de datos son la detección, la notificación y la confirmación de los datos del evento de salud bajo vigilancia:

- Para la detección de casos se requiere aplicar una definición de caso estandarizada, así como definir los datos mínimos a recolectar y ubicar las fuentes de dichos datos.
- Para la notificación de casos se requiere identificar la red local de unidades notificadoras y el personal notificador, así como elaborar y difundir los procedimientos de notificación, incluidos los formularios y registros, la periodicidad de la notificación y el tipo de vigilancia que se pone en marcha.
- Para la clasificación de casos (sospechoso, probable y confirmado) se requiere contar con un procedimiento básico de seguimiento de los casos.
- Para la validación de los datos, debe existir un protocolo básico de control de calidad de los datos, incluyendo la integridad, consistencia, uniformidad y confiabilidad de los datos de vigilancia.

Actividades de apoyo fundamentales en este proceso son la capacitación y supervisión de todos los recursos humanos involucrados, así como la provisión de los recursos mínimos necesarios y la difusión de un manual de normas y procedimientos estándares. El estímulo y la motivación del personal se reflejarán en la oportunidad y calidad con la que se recolecten los datos.

Definición de caso

La definición de caso es fundamental en el desarrollo de un sistema de vigilancia; debe ser simple y aceptable. Es importante aclarar que la definición de caso para fines de vigilancia, no es exactamente igual a la definición clínica del evento. Cuando la definición de caso incluye estudios de laboratorio, estos deben estar accesibles. La definición de caso debe ser lo suficientemente sensible para captar los casos verdaderos de forma sencilla y rápida y lo suficientemente específica para evitar que el número de casos falsos positivos sea excesivo.

Además de la claridad y simplicidad, otras dos características de una definición de caso son su estabilidad y su validación en el terreno. La estabilidad de la definición se refiere a que no sufra modificaciones en el tiempo (consistencia temporal), a fin de permitir comparaciones válidas durante el análisis de las tendencias del evento bajo vigilancia.

Toda definición de caso que se adopte en el nivel local debe haber sido probada en el campo, precisamente para verificar que funciona satisfactoriamente en el contexto local.

Para los propósitos de la vigilancia, las enfermedades con período de latencia largo o de evolución crónica, es importante que en la definición de caso se establezca la fase más apropiada sea ésta en el período preclínico, clínico, de discapacidad o muerte.

Con fines epidemiológicos, el diagnóstico de un caso depende de la evidencia disponible, por lo cual la definición de caso debe distinguir niveles con criterios específicos a distintos grados de certeza diagnóstica como, por ejemplo, los siguientes:

- Caso sospechoso: signos y síntomas compatibles con la enfermedad, sin evidencia alguna de laboratorio (ausente, pendiente o negativa).

- Caso probable: signos y síntomas compatibles con la enfermedad, sin evidencia definitiva de laboratorio.
- Caso confirmado: evidencia definitiva de laboratorio, con o sin signos y/o síntomas compatibles con la enfermedad.

La definición de caso es el instrumento básico para las actividades de recolección de datos de vigilancia: de ella depende la detección, la notificación y la clasificación de casos.

Selección de datos para la vigilancia

Cada evento de salud bajo vigilancia, además de la definición de caso, tiene que estar apropiadamente identificado en función de un conjunto mínimo de datos sobre variables relacionadas al tiempo, lugar y persona, no solamente para los fines del análisis, sino fundamentalmente para facilitar la identificación de grupos de población objetivo de las medidas de control e intervenciones en salud pública que se emprenderán. Debe evitarse en todo momento la recolección de datos superfluos; es decir, sólo deberá recolectarse datos para los cuales se ha previsto una utilización específica y relevante para los propósitos de la vigilancia, no de una investigación exhaustiva.

En general, los datos elementales que suelen acompañar a cada caso definido son edad y sexo, así como el lugar geográfico de residencia y atención y la fecha de inicio de enfermedad.

Estas variables tienen que tener una definición operacional estandarizada, generalmente en el manual de normas y procedimientos de vigilancia. Por ejemplo, para la vigilancia del cólera la fecha de inicio de enfermedad puede ser definida como la fecha en la que apareció la primera diarrea, y el lugar geográfico y de residencia puede ser definido como el nombre del barrio o del distrito donde vive el caso detectado y el de atención, donde

el paciente fue atendido. En la medida de lo posible debe evitarse que sea únicamente el sentido común de cada observador el criterio que defina cada dato; de ahí la importancia del manual de normas y procedimientos. En el nivel local suele ser necesario consignar el domicilio del caso, tanto para facilitar las actividades de búsqueda activa de contactos y casos secundarios como para facilitar la ejecución de las medidas de control poblacional que estén indicadas.

Debe tenerse especial cuidado en proteger la identidad personal de cada caso. En este sentido, el sistema de vigilancia debe definir con anticipación qué tipo de información sobre cada caso debería ser transmitida a los niveles superiores del sistema (provincial, estatal, nacional, internacional). Con frecuencia, la información desagregada de cada caso solo es útil en el nivel local, donde se ejecutan las acciones de prevención y control. Por tanto, la protección de la privacidad de las personas es una responsabilidad eminentemente del nivel local.

La necesidad de tener datos más detallados para vigilar un evento de salud dependerá de los objetivos específicos del sistema de vigilancia. Por ejemplo, consignar la ocupación, la raza o etnia o el nivel socioeconómico de cada caso sólo tendría sentido si existe una prioridad explícita al respecto y, sobre todo, si esa información tiene utilidad prevista para la ejecución de intervenciones en salud específicas. Un aspecto importante es que cada variable adicional impone una carga extra a todo el sistema. La cantidad de datos que vayan a ser utilizados para la vigilancia debe guardar relación con la capacidad de análisis y de respuesta de los servicios de salud.

Fuentes de datos para la vigilancia

Un variado número de fuentes de datos puede ser usado para la vigilancia en salud pública. En general, los datos pueden ser obtenidos a partir de reportes de registro rutinario, por esfuerzos especiales de investigación o

a partir de bases de datos recolectados con otro propósito. Las fuentes de datos varían de lugar a lugar, dependiendo del nivel de desarrollo de los servicios de salud y otras instituciones, la calidad y cobertura de laboratorio, la disponibilidad de computadoras, redes informáticas y otros recursos y las características locales de las enfermedades (7).

Es importante reconocer que la recolección de datos para la vigilancia en salud pública no siempre se basa única o exclusivamente en la notificación rutinaria de casos atendidos en la consulta de todos los servicios de salud de una jurisdicción sanitaria, que sigue siendo el modelo más aplicado por las unidades de epidemiología y los programas de control de enfermedades. En realidad, la vigilancia puede y debe proporcionar información relevante para la acción en salud a partir de la recolección de datos de distintas fuentes. Ello tiene un doble propósito: hacer más eficiente el proceso de recolección de datos y controlar su calidad.

Las fuentes de datos más comunes para vigilancia en salud pública son:

- a. **Notificación de casos:** es el procedimiento modular de la vigilancia por medio del cual los servicios de salud informan rutinaria y obligatoriamente a la autoridad sanitaria sobre la atención de eventos sujetos a vigilancia.
- b. **Registros:** son sistemas permanentes de consignación de eventos ejecutados por instituciones públicas o privadas donde se consigna regularmente la ocurrencia de ciertos eventos (nacimientos, defunciones, hospitalizaciones, inmunizaciones, accidentes de tránsito, contaminación ambiental, asistencia escolar y laboral, etcétera).

Los más comunes son:

- Registro civil (nacimientos, defunciones, matrimonios, etcétera).
- Censos y anuarios estadísticos.
- Informes de laboratorio.

- Historias clínicas hospitalarias.
 - Informes de consulta externa y servicios de urgencia (públicos y privados).
 - Registro de enfermedades de declaración obligatoria.
 - Registro de cáncer y de otras enfermedades crónicas.
 - Certificados médicos de defunción.
 - Protocolos de necropsia hospitalarios y forenses.
 - Monitoreo ambiental y climático.
 - Registros policiales de denuncias de hechos violentos.
 - Registros de asistencia y ausentismo escolar y laboral.
 - Registros veterinarios de reservorios animales.
 - Registros de venta y utilización de medicamentos y productos biológicos.
- c. **Investigación de casos y brotes:** es el procedimiento estandarizado de búsqueda activa y exhaustiva de información complementaria sobre uno o más casos asociados a determinado evento, usualmente como respuesta organizada ante la sospecha de epidemia, sea originada por rumores, vigilancia o análisis de registros.
- d. **Encuestas:** son procedimientos de recolección de información por los cuales se obtiene información en un punto específico de tiempo sobre determinadas características de interés, generalmente no disponibles en otras fuentes de datos. Las encuestas más frecuentes son las serológicas, entomológicas, de morbilidad, socio-económicas, etnográficas y las llamadas encuestas de demografía y salud.
- e. **Rumores:** son opiniones espontáneas y no confirmadas originadas en la comunidad y divulgadas por sus líderes y/o a través de los medios de comunicación de masas, asociadas al incremento de casos o muertes por una determinada causa.

Actualmente muchas fuentes de datos, en especial los registros y las encuestas, alcanzan un alto nivel de automatización a partir de sistemas

computacionales avanzados. El enlace computarizado de distintos registros y la mayor accesibilidad vía Internet son también dos características actuales a tomar en consideración. Por otra parte, e independientemente de la eventual disponibilidad de tales sistemas computarizados en los servicios locales de salud, el personal de salud debe tener presente que la utilidad de aquellos depende básicamente de la calidad de los datos recolectados en el campo.

Tipos de vigilancia

Los métodos para la recolección de datos que se han revisado se aplican universalmente para la vigilancia en salud pública. Sin embargo, las distintas necesidades, enfermedades y fuentes de datos requieren diferentes procedimientos generales de recolección. Los tipos fundamentales de vigilancia que se pueden realizar en los servicios de salud son:

- Vigilancia pasiva. En este tipo de vigilancia, cada nivel de salud envía información en forma rutinaria y periódica sobre los eventos sujetos de vigilancia al nivel inmediato superior.
- Vigilancia activa. En este tipo de vigilancia, el equipo de salud acude a la fuente de información para realizar una búsqueda intencional de casos del evento sujeto de vigilancia. El personal de salud busca directamente los datos objeto de vigilancia, incluso revisando los registros rutinarios del servicio de salud y los registros diarios de atención a las personas.
- Vigilancia centinela. Se basa en la información proporcionada por un grupo seleccionado de fuentes de notificación del sistema de servicios de salud ("unidades centinelas") que se comprometen a estudiar una muestra preconcebida ("muestra centinela") de individuos de un grupo poblacional específico en quienes se evalúa la presencia de un evento de interés para la vigilancia ("condición centinela").

Las repeticiones espaciadas de este método permiten estudiar las tendencias de ciertos eventos de interés. Por extensión, el término “vigilancia centinela” se aplica a una forma de vigilancia selectiva de tipo comunitario que, por periodos cortos, recolecta datos de una población específica y geográficamente definida (“sitio centinela”) de especial interés.

Notificación de casos

La notificación de casos representa la columna vertebral de los sistemas rutinarios de vigilancia en salud. Es un proceso sistemático y continuo de comunicación de datos que involucra a todo el equipo de salud y la comunidad. En general, es de carácter obligatorio y está respaldado por la ley. La notificación consiste, básicamente, en la declaración oficial de la ocurrencia de cada caso de un evento bajo vigilancia, que se detecta en la población según la definición de caso vigente y la transmisión de los datos relacionados a cada caso.

Como en todo proceso de comunicación, la notificación tiene tres componentes: la unidad que transmite (unidad proveedora de datos o unidad notificadora), la unidad que recibe (unidad de vigilancia o autoridad sanitaria) y el mecanismo de transmisión (lenguaje, medios y vías de comunicación). Por ello, una vez definidos los datos para la vigilancia y sus fuentes, se requiere montar una red local de unidades notificadoras y aplicar un conjunto mínimo de instrumentos estandarizados para la notificación. Los pasos a seguir son:

- a. Identificar e integrar la red de personas y servicios (personal de salud, hospitales, laboratorios, registro civil, líderes comunitarios, etc.) que van a proveer sistemáticamente los datos, quienes serán capacitados y supervisados con regularidad.

- b. Utilizar los instrumentos apropiados para la transmisión de datos entre las unidades notificadoras y la unidad de vigilancia (formularios, visitas a los servicios, teléfono, fax, radio, correo electrónico, etc.), con la periodicidad (frecuencia) establecida para la notificación de casos.
- c. Organizar registros simples de datos en la unidad de vigilancia (hojas de trabajo diario, tarjetas, libros, ficheros, bases de datos, etcétera).

Los formularios de notificación deben ser instrumentos estandarizados y de aplicación sistemática y homogénea en todos los puntos del sistema de notificación. Su número debe de ser el mínimo necesario y suficiente para mantener el proceso eficiente y oportuno; debe evitarse la proliferación de formatos y registros intermedios. En términos generales, cada unidad notificadora debería emplear sistemáticamente un instrumento de **resumen** de vigilancia que consolide la información, usualmente por semanas epidemiológicas.

El envío rutinario de los formularios debe realizarse aún para aquellos periodos en que no se hayan detectado casos o eventos (**notificación negativa**) de manera que el sistema de vigilancia pueda garantizar que la situación epidemiológica se mantiene bajo control y las unidades notificadoras sostienen la vigilancia continua de los eventos establecidos.

El sistema de vigilancia en salud pública debe realizarse en una red de unidades notificadoras organizadas previamente, con un flujo bidireccional entre los niveles de salud. La interconexión entre los diferentes niveles debe facilitar la *coordinación* de las actividades de vigilancia en salud pública a nivel local y el eventual apoyo de los niveles intermedios. El intercambio regular de información, sobre todo en situaciones de notificación cruzada (esto es, cuando un caso es detectado y notificado por una jurisdicción *distinta* a la de residencia del caso y es esta última la que debe hacer búsqueda de contactos) es de especial relevancia en el nivel local.

Los sistemas de vigilancia y los programas de control

Aunque con responsabilidades, funciones y atribuciones claramente diferenciadas, los sistemas de vigilancia en salud pública y los programas de prevención y control o unidades administrativas con responsabilidad en la toma de medidas de control deben mantener un alto grado de coordinación.

En algunos países las actividades de vigilancia y control están entremezcladas e incluso integradas en las mismas unidades, si bien la tendencia actual es hacia una diferenciación clara de ambas actividades. Ahora bien, esta diferenciación, que tiene entre sus ventajas la especialización de funciones, debe garantizar los flujos de información bidireccional y evitar la duplicación de esfuerzos de recolección y análisis de información.

La propia actividad de los programas de prevención y control genera información útil para la vigilancia. Debe protocolizarse la comunicación de esa información a las unidades de vigilancia de forma que se garantice un flujo ágil y oportuno. En el otro sentido, las unidades de vigilancia, como resultado de la notificación y análisis de los datos, proveerán la información pertinente a los programas para que inicien, tan pronto como sea posible, la aplicación de medidas de prevención o control adecuadas a la situación.

Medidas de control

Los servicios de salud a nivel local tienen que mantener una doble acción; por un lado, proveer atención a las personas según sus necesidades individuales y, por otro, desarrollar acciones dirigidas a la población en su conjunto, según normas y prioridades establecidas. En un sentido amplio, ambas acciones implican la aplicación de medidas de control; en el primer caso, el control de la enfermedad en las personas, a través de servicios de

salud; en el segundo caso, el control de la enfermedad en la población, a través de programas de salud.

El término control implica la acción sobre un elemento observado a fin de conseguir su retorno a un nivel esperado.

De hecho, el diccionario de epidemiología de Last (8) define control como la acción reguladora, restrictiva, correctora, restauradora de la normalidad. Clásicamente, en la salud pública se ha definido control como el conjunto de medidas, acciones, programas u operaciones continuas y organizadas dirigidas a reducir la incidencia y la prevalencia de una enfermedad a niveles lo suficientemente bajos como para que no sea ya considerada un problema de salud pública.

Programa de prevención y control de la tuberculosis

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa causada por *Mycobacterium tuberculosis*, una bacteria que casi siempre afecta a los pulmones. Se transmite de persona a persona a través del aire. Los síntomas de la tuberculosis activa incluyen tos, dolores torácicos, debilidad, pérdida de peso, fiebre y sudores nocturnos. En las personas sanas, la infección no suele causar síntomas, porque el sistema inmunitario de la persona actúa para bloquear la bacteria (9).

Información epidemiológica

- La tuberculosis sigue siendo una de las enfermedades infecciosas con mayor mortalidad el mundo. La pandemia de COVID-19 y las desigualdades socioeconómicas, han revertido años de progreso en la lucha contra la tuberculosis y han aumentado la carga sobre los afectados, especialmente en los más vulnerables.
- A nivel mundial, en 2021, se estimaron que 10.6 millones de personas enfermaron de tuberculosis, y 1.6 millones fallecieron por esta causa; de ellas, 187.000 tenían coinfección con el VIH.

- En las Américas, en 2021, se estimaron 309.000 casos de tuberculosis y se notificaron 215.116 (70%).
- Las muertes estimadas para la región fueron 32.000, de las cuales el 11% (9.000) correspondieron a la co-infección por TB/VIH.
- Se diagnosticó 4.820 casos de TB-RR/MDR. De estos, el 95% inició tratamiento.

Según la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (9), la Estrategia «Fin de la Tuberculosis (TB)» tiene como propósito terminar con la epidemia de tuberculosis en el mundo y está vinculada con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), bajo tres indicadores de alto nivel: reducir el número de muertes por tuberculosis en un 95% comparado con años anteriores, reducir los nuevos casos en un 90% entre 2015 y 2035, y garantizar que ninguna familia enfrente costos catastróficos debidos a la tuberculosis.

Prevención y control del VIH/SIDA e ITS

Se sabe que hay más de 30 bacterias, virus y parásitos diferentes que se transmiten por contacto sexual (10). Según las últimas estimaciones de la OMS, aproximadamente 38 millones de personas sexualmente activas de 15 a 49 años de edad en las Américas tienen una Infección de transmisión sexual (ITS) fácilmente curable (Clamidia, gonorrea, sífilis y/o tricomoniasis). Las ITS pueden tener importantes consecuencias para la salud, incluidos síntomas en los genitales, complicaciones durante el embarazo, infertilidad, aumento en la probabilidad de transmisión del VIH y efectos psicosociales (10).

La OMS formula normas y pautas mundiales para el tratamiento y la prevención de las ITS, fortalece los sistemas de vigilancia y seguimiento de estas infecciones, incluida la gonorrea farmacorresistente, y lidera la formulación de la agenda mundial de investigación sobre las ITS.

En este marco, señala la OMS que a nivel mundial, los esfuerzos para detener la epidemia de ITS están guiados por la Estrategia mundial del sector de la salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), que proporciona objetivos, metas y acciones prioritarias.

Esta Estrategia, una vez aplicada, contribuirá a que disminuyan radicalmente las ITS y las muertes relacionadas con dichas infecciones (incluidas las muertes fetales intrauterinas y el cáncer cervicouterino), al tiempo que mejorará la salud individual, la salud sexual de los hombres y las mujeres, y el bienestar de las personas en general. Asimismo, guiará los esfuerzos destinados a: acelerar y focalizar las iniciativas de prevención integrales mediante la ampliación de los enfoques comportamentales, biomédicos y estructurales combinados que estén basados en datos científicos; facilitar el acceso de las personas a la información sobre su estado en relación con las ITS; mejorar el acceso a tratamiento y a cuidados integrales a largo plazo cuando sea necesario; y hacer frente a la estigmatización y la discriminación generalizadas. El proyecto de estrategia promueve un enfoque centrado en las personas, basado en los principios de los derechos humanos, la igualdad de género y la equidad sanitaria.

De igual forma, a nivel regional, el «Plan de Acción para la Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS» sirve de apoyo a una respuesta acelerada, focalizada, más eficaz, innovadora y sostenible de parte de los países de la Región de las Américas, allanando el camino hacia la meta de poner fin a las epidemias de sida e ITS como problemas de salud pública para el 2030.

Programas de Inmunización

La inmunización es el proceso por el que una persona se hace resistente a una enfermedad, tanto por el contacto con ciertas enfermedades, o mediante la administración de una vacuna. Las vacunas estimulan el sistema inmunitario del cuerpo para proteger a la persona contra infecciones o

enfermedades. La inmunización previene enfermedades, discapacidades y defunciones por enfermedades prevenibles por vacunación, tales como el cáncer cervicouterino, la poliomielitis, el sarampión, la rubéola, la paroditis, la difteria, el tétanos, la tos ferina, la hepatitis A y B, las neumonías bacterianas, las enfermedades diarreicas por rotavirus y las meningitis bacterianas.

Prevención y control: Respuesta de la OPS

El Programa Especial de Inmunización Integral (CIM) busca promover y coordinar la cooperación técnica y las alianzas para apoyar los esfuerzos de los Estados Miembros para reducir de manera sostenible y equitativa la morbilidad y mortalidad por enfermedades prevenibles por vacunación (EPV) a través de estrategias de control y eliminación para mejorar la calidad y esperanza de vida de los pueblos de las Américas.

Durante más de 40 años, el éxito del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) ha hecho de la Región de las Américas un líder mundial en la eliminación y el control de las enfermedades prevenibles mediante vacunación (VPD), como la viruela, la poliomielitis, la rubéola, el síndrome de rubéola congénita, el sarampión y el tétanos neonatal. Desde la creación del PAI en 1977, los países han pasado de utilizar seis vacunas en sus esquemas nacionales de vacunación, a una media de más de 16 vacunas, lo que representa una mayor protección para la población.

En el marco de la resolución Revitalizar la inmunización como un bien público para la salud universal aprobada en 2021 por los cuerpos directivos de la OPS, CIM busca revitalizar los programas de inmunización en los Estados Miembros mediante la aplicación de enfoques innovadores y mejores prácticas a través de seis líneas de acción:

1. Fortalecer la gobernanza, el liderazgo y la financiación de los programas de inmunización.

2. Mejorar el seguimiento de la cobertura vacunal y la vigilancia, incorporando estrategias de inteligencia digital en los análisis rutinarios.
3. Fortalecer la integración de los programas de inmunización en el sistema de atención primaria de salud hacia la salud universal.
4. Desarrollar enfoques de comunicación innovadores y estratégicos para crear conciencia social y confianza en las vacunas y aumentar el acceso a los servicios.
5. Fortalecer las capacidades de recursos humanos para los programas de inmunización.
6. Utilizar pruebas científicas para orientar la toma de decisiones y la ejecución de programas

Programa para la promoción del envejecimiento saludable

La población mundial está envejeciendo más rápido que en el pasado, pero en América Latina y el Caribe esta transición demográfica se está produciendo aún más rápidamente. Más del 8% de la población tenía 65 años o más en 2020 y se estima que ese porcentaje se duplicará para 2050 y superará el 30% para finales de siglo (11).

Uno de los principales efectos de este drástico cambio demográfico es que muchas personas mayores carecen de acceso a los recursos básicos necesarios para disfrutar de una vida digna y muchas otras enfrentan múltiples obstáculos para participar plenamente en la sociedad. Las personas mayores sanas e independientes contribuyen al bienestar de la familia y la comunidad y constituye un mito presentarlas como receptoras pasivas de servicios sociales o de salud. Sin embargo, en los actuales momentos, el número de personas mayores aumenta exponencialmente en coyunturas socioeconómicas complejas e inciertas y sólo las intervenciones oportunas permitirán potenciar la contribución de este grupo al desarrollo social y prevenir que se convierta en un factor de crisis para la estructura sanitaria y de la seguridad social de las Américas.

Según la OPS/OMS (12), el envejecimiento saludable es un proceso continuo de optimización de oportunidades para mantener y mejorar la salud física y mental, la independencia y la calidad de vida a lo largo de la vida.

Década de envejecimiento saludable en las Américas (2021-2030)

La Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030 (11), declarada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre de 2020, es la principal estrategia para construir una sociedad para todas las edades. Esta iniciativa global reúne los esfuerzos de los gobiernos, la sociedad civil, las agencias internacionales, los equipos profesionales, el mundo académico, los medios de comunicación y el sector privado para mejorar las vidas de las personas mayores, sus familias y sus comunidades. En este marco, la OPS tiene un rol protagónico en asegurar el desarrollo de propuestas, acciones, intervenciones y alianzas exitosas con socios líderes e esenciales de la Región.

En esta dirección, para promover el envejecimiento saludable en la Región, la OPS estructura sus programas en torno a las siguientes líneas de acción:

- Impulsar política pública sobre el envejecimiento saludable en todos los países.
- Crear entornos amigables a todas las personas mayores.
- Armonizar los sistemas de salud con las necesidades de las personas mayores.
- Desarrollar sistemas de prestación de atención a largo plazo sostenible y equitativo.
- Mejorar la medición, seguimiento e investigación sobre el envejecimiento.

Programa para la salud del adolescente

Los adolescentes y jóvenes juegan un papel importante en la sociedad, y forman el 30% de la población de Latinoamérica y el Caribe. Los adolescentes son considerados como un subconjunto saludable de la población, y como resultado, generalmente no se le da importancia a sus necesidades de salud. Sin embargo el fortalecimiento del desarrollo de salud de los jóvenes les permite pasar a la vida de adultos con más habilidades para servir a sus comunidades de una forma productiva, estimulando crecimiento económico. Además, muchos hábitos dañinos son adquiridos tempranamente en la vida, y se convierten en problemas serios de salud en la edad adulta.

Entonces es crítico educar a los adolescentes y ayudarles a ser más resistentes para que puedan evitar problemas de salud, como ENTs (por ejemplo, cáncer de pulmón causado por consumo de tabaco). Si se toma una estrategia proactiva para fomentar un envejecimiento saludable, se puede evitar una carga financiera adicional sobre los sistemas de salud. De por sí, proteger la salud y el bienestar de los adolescentes y jóvenes es una prioridad para la Organización Panamericana de Salud y la Organización Mundial de Salud.

Retos para la acción preventiva

- La violencia juvenil es un problema mundial de salud pública. Incluye una serie de actos que van desde la intimidación y las riñas al homicidio, pasando por agresiones sexuales y físicas más graves.
- La mayoría de los jóvenes goza de buena salud, pero la mortalidad prematura, la morbilidad y las lesiones entre los adolescentes siguen siendo considerables.
- El embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza.

En este marco de referencia, podemos afirmar que la forma más efectiva de mejorar la salud de los y las adolescentes es aplicando un enfoque preventivo y de promoción integral de su desarrollo. La salud y el desarrollo de los adolescentes son temas que han adquirido gran importancia, especialmente si se trata de abordar problemas tales como la sexualidad desprotegida, embarazos no deseados, uso de alcohol y drogas, accidentes, violencia, problemas nutricionales, etcétera.

Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018-2030 en la Región de las Américas

En septiembre del 2018 los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) adoptaron el Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018-2030 (13). El Plan de Acción fue desarrollado con el objetivo de proteger los avances logrados hasta la fecha y cerrar las brechas restantes para garantizar una vida saludable y promover el bienestar de todas las mujeres, niños y adolescentes de las Américas.

El plan de acción se basa en cuatro líneas estratégicas de acción que son complementarias y se refuerzan mutuamente:

- Fortalecer un entorno normativo transformador a fin de reducir las inequidades en materia de salud que afectan a las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes.
- Promover la salud y el bienestar universales, efectivos y equitativos para todas las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes en sus familias, escuelas y comunidades a lo largo del curso de la vida.
- Ampliar el acceso equitativo de las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes a servicios de salud integral, integrada y de buena calidad que se centren en las personas, las familias y las comunidades.
- Fortalecer los sistemas de información para la recolección, disponibilidad, accesibilidad, calidad y difusión de información estratégica,

incluidos datos y estadísticas sobre la salud de las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes, en el marco de los principios propuestos en el presente plan.

El Plan de Acción requiere que la OPS:

- a. Brinde cooperación técnica a los Estados Miembros para la elaboración de planes nacionales de acción actualizados y difunda herramientas que faciliten los enfoques integrados, basados en la equidad e innovadores en favor de la salud de las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes;
- b. Fortalezca la coordinación del plan de acción con iniciativas similares diseñadas por otros organismos internacionales técnicos y financieros e iniciativas mundiales en pro de la salud y el bienestar de las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes;
- c. Rinda cuentas periódicamente a los Cuerpos Directivos sobre los progresos realizados y los retos enfrentados en la ejecución del plan de acción.

Finalmente, estamos convencidos que los adolescentes están preparados desde el punto de vista biológico, emocional y de desarrollo para participar más allá de sus familias. Debemos crear oportunidades para la participación significativa con ellos en todos los aspectos de su vida.

REFERENCIAS

1. Eystenbosch W, Noah N. Surveillance in Health and Disease. 1st ed. Oxford: Oxford University Press; 1988.
2. Martínez Navarro F, editor. Vigilancia epidemiológica. 1st ed. Madrid : McGraw-Hill ; 2004.
3. Organización Panamericana de la Salud. Módulos de principios de epidemiología para el control de enfermedades (MOPECE). Unidad

- 4: Vigilancia en salud pública. [Online].; 2002 [cited 2023 Noviembre 5. Available from: <https://www3.paho.org/col/dmdocuments/MO-PECE4.pdf>.
4. Berkelman R, Buehler J. Public health surveillance of non-infectious chronic diseases: the potential to detect rapid changes in disease burden. *Int J Epidemiol*. 1990 Sep; 19(3): p. 628-35. doi: 10.1093/ije/19.3.628..
 5. Thacker S, Berkelman R, Stroup D. The science of public health surveillance. *J Public Health Policy*. 1989 Summer; 10(2): p. 187-203. PMID: 2745711.
 6. Universidad Internacional de Valencia. Vigilancia epidemiológica en salud pública: definición y tipos. [Online].; 2022 [cited 2023 Noviembre 7. Available from: <https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/vigilancia-epidemiologica-en-salud-publica-definicion-y-tipos>.
 7. Declich S, Carter A. Public health surveillance: historical origins, methods and evaluation. *Bull World Health Organ*. 1994; 72(2): p. 285-304. PMID: 8205649; PMCID: PMC2486528.
 8. Last J. *Diccionario de epidemiología*. Barcelona: Salvat editores SA; 1989.
 9. OPS/OMS. Tuberculosis (TB). [Online].; 2023 [cited 2023 Noviembre 6. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/tuberculosis>.
 10. OPS/OMS. Infecciones de Transmisión Sexual. [Online].; 2023 [cited 2023 Noviembre 7. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/infecciones-transmision-sexual>.
 11. OPS/OMS. *Década del Envejecimiento Saludable en las Américas (2021-2030)*. [Online].; 2023 [cited 2023 Noviembre 7. Available from:

<https://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-americas-2021-2030>.

- 12.** OPS/OMS. Envejecimiento saludable. [Online].; 2023 [cited 2023 Noviembre 7. Available from: <https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable>.
- 13.** OPS/OMS. Plan de Acción para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2018-2030. [Online].; 2023 [cited 2023 Noviembre 7. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49609>.



ISBN: 978-9942-609-30-4



9 1789942 1609304