CASA EDITORA DEL POLO

# ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

© Gabriela Oñate López, Sonia Auxiliadora Vela Flores



INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO STANFORD
Condición Universitario
1996

# ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

©Gabriela Oñate López

Sonia Auxiliadora Vela Flores

CASA EDITORA DEL POLO

**© Datos del docente autor:**



Nombre: Gabriela Oñate López

**Título(s) profesional(es):**

• Licenciada en Enfermería

• Máster en enfermería con mención en cuidados críticos

**Profesor(a) de:**

• Instituto STANFORD, Carrera de Enfermería: Enfermería Básica 1, Atención Primaria en Salud



**Datos del docente autor:**

Sonia Auxiliadora Vela Flores

**Título(s) profesional(es):**

• Licenciada en Enfermería.

• Magíster en Enfermería, mención Clínico-Quirúrgico.

• Acreditación en Enfermería Oncológica.

Experiencia docente

**Profesor(a) de:**

Instituto Stanford – Carrera de Enfermería, Cuidados Enfermeros, Enfermería Clínico Quirúrgica, - Enfermería Básica, Fundamentos de Enfermería.

CASA EDITORA DEL POLO

Casa Editora del Polo - CASEDELPO CIA. LTDA.
Departamento de Edición

Editado y distribuido por:

**Editorial:** Casa Editora del Polo
**Sello Editorial:** 978-9942-816
Manta, Manabí, Ecuador. 2019
**Teléfono:** (05) 6051775 / 0991871420
**Web:** www.casadelpo.com
**ISBN:** XXX-XXXX-XXX-XX-X
**DOI:** https://doi.org/10.23857/XXX-XXXX-XXX-XX-X

© Primera edición
© Junio - 2024
Impreso en Ecuador

**Revisión, Ortografía y Redacción:**
Lic. Jessica M. Mero Vélez

**Diseño de Portada:**
Michael J. Suárez-Espinar, Gabriela Oñate López

**Diagramación:**
Ing. Edwin A. Delgado-Veliz

**Director Editorial:**
Lic. Henry D. Suárez Vélez

Todos los libros publicados por la Casa Editora del Polo, son sometidos previamente a un proceso de evaluación realizado por árbitros calificados.
Este es un libro digital y físico, destinado únicamente al uso personal y colectivo en trabajos académicos de investigación, docencia y difusión del Conocimiento, donde se debe brindar crédito de manera adecuada a los autores.

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

Comité Científico Académico

Dr. Lucio Noriero-Escalante
Universidad Autónoma de Chapingo, México

Dra. Yorkanda Masó-Dominico
Instituto Tecnológico de la Construcción, México

Dr. Juan Pedro Machado-Castillo
Universidad de Granma, Bayamo. M.N. Cuba

Dra. Fanny Miriam Sanabria-Boudri
Universidad Nacional Enrique Guzmán y Valle, Perú

Dra. Jennifer Quintero-Medina
Universidad Privada Dr. Rafael Belloso Chacín, Venezuela

Dr. Félix Colina-Ysea
Universidad SISE. Lima, Perú

Dr. Reinaldo Velasco
Universidad Bolivariana de Venezuela, Venezuela

Dra. Lenys Piña-Ferrer
Universidad Rafael Belloso Chacín, Maracaibo, Venezuela

Dr. José Javier Nuvaez-Castillo
Universidad Cooperativa de Colombia, Santa Marta, Colombia

## Constancia de Arbitraje

La Casa Editora del Polo, hace constar que este libro proviene de una investigación realizada por los autores, siendo sometido a un arbitraje bajo el sistema de doble ciego (peer review), de contenido y forma por jurados especialistas. Además, se realizó una revisión del enfoque, paradigma y método investigativo; desde la matriz epistémica asumida por los autores, aplicándose las normas APA, Sexta Edición, proceso de anti plagio en línea Plagiarisma, garantizándose así la cientificidad de la obra.

## Comité Editorial

Abg. Néstor D. Suárez-Montes
Casa Editora del Polo (CASEDELPO)

Dra. Juana Cecilia-Ojeda
Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela

Dra. Maritza Berenguer-Gouarnaluses
Universidad Santiago de Cuba, Santiago de Cuba, Cuba

Dr. Víctor Reinaldo Jama-Zambrano
Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, Ext. Chone

# CONTENIDO

PROLOGO.....11

UNIDAD I
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD APS.....12

Lección 1: Atención primaria en salud.....12
Lección 2: Conferencias internacionales de la salud.....20
Lección 3: Determinantes de la salud.....23
Lección 4: Sistema nacional de salud en el Ecuador.....35

UNIDAD I I
FAMILIA COMO UNIDAD EPIDEMIOLÓGICA.....45

Lección 5: Enfermería familiar basada en los marcos teóricos.....45
Lección 6: Enfermeria familiar basada en los marcos teoricos parte II.....52
Lección 7: La familia como unidad epidemiologica de trabajo.....56
Lección 8: Caracteristicas de la familia saludable.....64
Lección 9: Valoración familiar.....70
Lección 10: Proceso de atención de enfermería como estrategia para el abordaje familiar.....76
Lección 11: Proceso de atención de enfermería como estrategia para el abordaje familiar parte II.....85

UNIDAD III
MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD.....92

Lección 12: Modelo de atención integral de salud intercultural, familiar y comunitario MAIS-FCI.....92
Lección 13: Modelo de atención integral de salud intercultural, familiar y comunitario MAIS- IFC PARTE II.....103
Lección 14: Plan nacional del buen vivir.....105
Lección 15: Desarrollo del milemiun.....106
Lección 16: Componentes del modelo de atención integral de salud familiar comunitario e intercultural- MAIS-FCI.....107

Lección 17: Componentes del modelo de atención integral de salud familiar comunitario e intercultural- MAIS -FCI.PARTE II.....107
Lección 18: Componentes del modelo de atención integral de salud familiar comunitario e intercultural- MAIS- FCI.PARTE III.....108

UNIDAD IV
PROGRAMAS DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA.....111

Lección 19: Programa de control de los desórdenes por deficiencia de yodo (DDI).....111
Lección 20: Programa amplio de imnizaciones.....113
Lección 21: Programa amplio de inmunizaciones PAI y la utilizacion de un aplicativo movil PARTE II.....116
Lección 22: Programa amplio de inmunizaciones PAI parte III..118
Lección 23: Programa amplio de inmunizaciones PAI parte IV..119
Lección 24: Manejo de desechos en el vacunatorio.....120
Lección 25: Tamizaje neonatal.....122
Lección 26: Sistema de tamizaje neonatal.....123
Lección 27: Establecimientos de salud amigos de la madre y del niño ESSAMYN.....126

UNIDAD V
PROMOCION DE LA SALUD.....129

Lección 28: Promocion de la salud en america latina.....129
Lección 29: Violencia intrafamiliar.....132

# FIGURA

Figura 1 Ilustración de salud y bienestar.....12
Figura 2 Derecho a un nivel de salud.....13
Figura 3 Equidad en salud.....13
Figura 4 Solidaridad en salud.....14
Figura 5 Modelo de atención integral en salud.....14
Figura 6 Objetivos de atención en salud.....17
Figura 7 Participación comunitaria.....19
Figura 8 Conferencias Internacionales.....22

Figura 9 Determinantes sociales en la salud.....23
Figura 10 Determinantes sociales.....27
Figura 11 Determinantes ambientales.....28
Figura 12 Estilo de vida.....30
Figura 13 Determinantes Biológicos.....32
Figura 14 Vivienda saludable.....33
Figura 15 Atención a los pacientes.....38
Figura 16 Dimensión física.....47
Figura 17 Dimensión cognitiva.....47
Figura 18 Dimensión social.....47
Figura 19 Dimensión emocional.....47
Figura 20 Teoria del aprendizaje .....55
Figura 21 Apgar familiar.....70
Figura 22 Simbología del familigrama.....74
Figura 23 Niveles de atención de salud.....102
Figura 24 Fragmentación del sector en salud.....103
Figura 25 Niveles de desconcentración.....103
Figura 26 Modelos de atención.....104
Figura 27 Ciclos de vida.....104
Figura 28 Objetivos del buen vivir.....105
Figura 29 Objetivos del desarrollo milemiun.....106
Figura 30 Niveles de cadena de frio.....114
Figura 31 Vacunas en la niñez.....117
Figura 32 Esquema de vacunas.....118
Figure 33 Tamizaje neonatal.....123
Figura 34 Promoción de salud retos y perspectivas.....130
Figura 35 Violencia intra familiar.....133
Figura 36 Prevención de violencia.....134

# TABLAS

Tabla 1. Etapas de la familia según Evelin Duval.....50

Tabla 2. Tipos de familia en la sociedad moderna. Según su composición.....59

Tabla 3. Familia sana y familia enferma.....68

# PROLOGO

La atención primaria de salud (APS) va de la mano con el servicio sanitario, como ayuda a todas las personas, familias y comunidades a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación. Forma parte de los desarrollos socioeconómicos de la comunidad. En un principio la APS se presentó como un conjunto de valores y enfoques destinados a mejorar el estilo de vida de las poblaciones desfavorables. Al transcurrir los años la atención primaria de salud adopto una visión holística que iba mucho más allá del limitado método médico, reconocían que muchas de las causas básicas de la mala salud y de la enfermedad escapaban del control del sector de la salud y por lo tanto deben abordarse a través de un enfoque que embarque a toda la sociedad. El Instituto Tecnológico Superior Stanford con su carrera de Técnicos en Enfermería y su personal docente, conscientes de estos problemas que aquejan a la mayoría de la población, estimaron oportuno elaborar un Módulo el cual contiene información sobre conocimientos actualizados en materia de programas que tienen el estado para hacer prevención y promoción en salud, con el fin de ayudar a resolver los problemas de salud en la población atendida y dar a conocer los programas que existen dentro del Ministerio de Salud Pública. En este sentido, el aporte de este material educativo en evidencia y políticas de lo que se puede y se debe hacer será fundamental en beneficio de los estudiantes del Instituto.

¡Éxitos en la asignatura!

Mgs Oñate López Gabriela Paulina

# 1 Unidad

## ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD APS





## LECCIÒN 1 Lección 1: ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

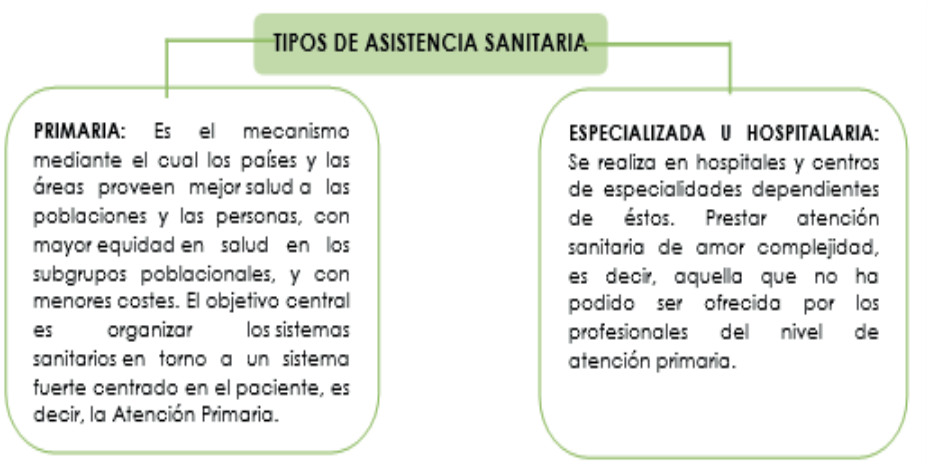
### GENERALIDADES

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la sociedad. Es la puerta de entrada al sistema de salud y forma parte del desarrollo socioeconómico del país.

Además se orienta hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad y presta los correspondientes servicios preventivos, curativos, de rehabilitación y de fomento de la salud.

*Figura 1 Ilustración de salud y bienestar*






## CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN

Valores: Proveen na base moral para las políticas y programas que se proyectan en nombre del interés público

DERECHO AL NIVEL DE SALUD LO MÁS ALTO POSIBLE: Implica derechos delosciudadanosyresponsabilidades del Estado y crea en los ciudadanos la vía del recurso a la que pueden recurrir cuando los compromisos no son cumplidos. El derecho al nivel de salud más alto posible es instrumental, en el sentido que debe garantizarse que los servicios de salud tengan la capacidad de responder a las necesidades de la población.

*Figura 2 Derecho a un nivel de salud*




EQUIDAD EN LA SALUD: ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a la atención de salud y a los ambientes saludables, y en el trato que se recibe en los sistemas de servicios sociales y de salud. Siendo un prerrequisito para

*Figura 3 Equidad en salud*



garantizar la capacidad humana, la libertad y los derechos, la equidad aporta valores intrínseco.

SOLIDARIDAD: Grado en el que los miembros de una sociedad se comprometen a trabajar conjuntamente por el bien común. En los gobiernos locales y nacionales la solidaridad se manifiesta por la conformación de organizaciones y uniones de trabajo voluntario y mediante otras múltiples formas de participación ciudadana en la vida cívica

*Figura 4 Solidaridad en salud*



**PRINCIPIOS:** Sirven de puente entre los más amplios valores sociales y estructurales del sistema.

*Figura 5 Modelo de atención integral en salud*




**DAR RESPUESTAS A LAS NECESIDADES DE SALUD:** Significa que se centrarán en las personas de tal modo que puedan

satisfacer sus necesidades de la forma más amplia posible.

- **SERVICIOS ORIENTADOS HACIA LA CALIDAD:** Responden a las necesidades de la población, tratando a las personas con dignidad y respeto para asegurar la solución de problemas en la salud.

- **RESPONSABILIDAD Y RENDICION DE CUENTAS A LOS GOBIERNOS** Asegura que los derechos de los ciudadanos sean cumplidos. La rendición de cuentas ayuda a los ciudadanos a exigir sus derechos si no se reúnen las condiciones apropiadas de su aplicación.

- **SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE SALUD:** Es el medio más importante para invertir en la salud de una comunidad. Debe satisfacer las necesidades de la población

- **PARTICIPACIÓN:** Es la intervención de la comunidad, las organizaciones sociales y otras instituciones, que ayudan a la solución de problemas actuales de salud mediante la promoción y consolidación protectores de salud.

- **INTERSECTORIALIDAD:** Se trabajará con diferentes sectores de la población, que ayuden a cumplir con los determinantes de salud, contribuir con las actividades de desarrollo humano y lograr su potencial de equidad.

**ELEMENTOS:**

ACCESO Y COBERTURA UNIVERSAL: Son el fundamento de un sistema de salud equitativo. Para alcanzar la cobertura universal se requiere que los arreglos financieros y organizacionales sean suficientes para cubrir toda la población, eliminar la capacidad de pago como barrera al acceso a los servicios de salud y a la protección social, al tiempo que se da apoyo adicional para alcanzar los objetivos de equidad e implementar actividades que promuevan la salud.

ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA: Significa que el rango de los servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la provisión de servicios de promoción, prevención, diagnóstico precoz, curación, rehabilitación, atención paliativa y apoyo para el auto-cuidado. La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la prevención, la atención primaria, secundaria, terciaria y paliativa. La atención integrada es complementaria de la integralidad porque ésta requiere de la coordinación entre todas las partes del sistema de salud para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud.

ÉNFASIS EN LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN: Permite ir más allá de la orientación clínica tradicional para incorporar la educación y la consejería en salud en el ámbito clínico individual, la regulación y los enfoques basados en políticas que mejoren las condiciones de vida de las personas y los ambientes de trabajo, y las estrategias de promoción de la salud para la población llevadas a cabo con otros componentes del sistema de salud.

ATENCIÓN APROPIADA: Significa que toda la atención prestada se basa en la mejor evidencia disponible y que la asignación de los recursos se prioriza con criterios de eficiencia y de equidad. En sí mismos, los servicios deben ser relevantes al tomar en consideración el contexto social y epidemiológico, familiar y comunitario.

ORIENTACIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA: La familia y la comunidad son consideradas como el foco primario de la planificación y de la intervención, los servicios de atención primaria son fundamentales para asegurar el acceso equitativo de toda la población a los servicios básicos de salud.

## OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Tiene como objetivo curar la enfermedad, impedir su aparición, lo que favorece que aumente el nivel de salud. Para ellos debe aumentar el estilo de vida y la calidad de salud de una persona. Cabe fundamentar que es mejor que una persona no se enferme en vez de ser curada, es por eso que se realiza promoción y prevención de la salud

*Figura 6 Objetivos de atención en salud*

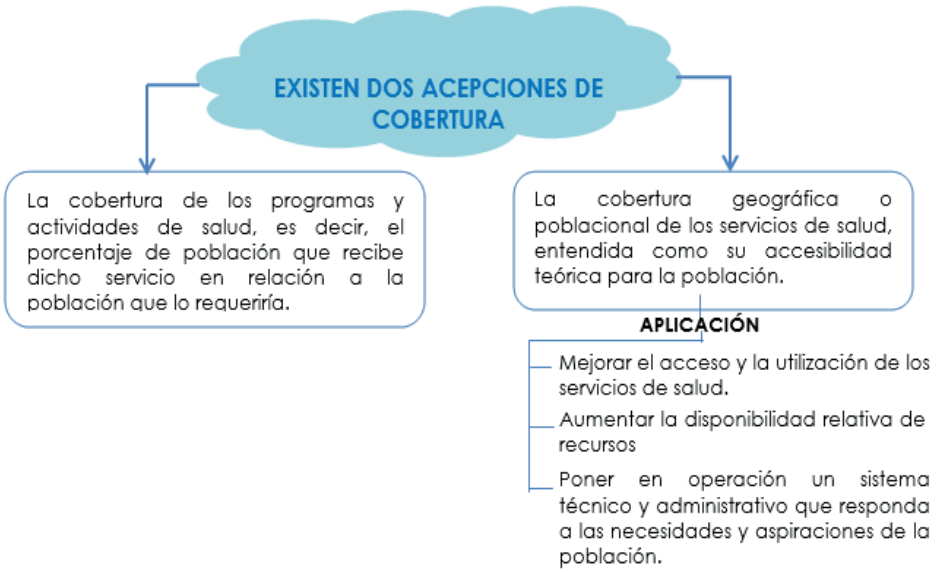


## PRESTACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA

## LOS COMPONENTES BÁSICOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD




## AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD




## CARACTERÍSTICAS DE LOS PROGRAMAS DE APS

•La población tendrá acceso a los diferentes servicios de salud. Estableciendo prioridades; de los grupos rurales y urbanos marginados y todos los grupos vulnerables.

•La población en general debe tener acceso a la universalidad, la equidad y la continuidad

•Se realiza un análisis y una selección de los elementos para satisfacer las necesidades prioritarias, como la salud materno-infantil, estrategia nacional de inmunizaciones, lucha contra las enfermedades diarreicas, enfermedades de trasmisión sexual, salud mental, enfermedades de tipo cardiovasculares, salud ocupacional, etc.

•Se desarrollan programas que ayuden a las atenciones prioritarias, nuevas tecnologías, los recursos y el tipo de servicios de cada elemento constitutivo armonicen.

**PARTICIPACIÓN COMUNITARIA**

Es la capacidad de grupos y comunidades de actuar colectivamente con el fin de ejercer el control de los determinantes de la salud. Proceso por el cual los individuos y las Proceso por el cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar como así también de la comunidad, contribuyendo a su desarrollo. De acuerdo a los problemas y necesidades percibidas.

*Figura 7 Participación comunitaria*



**FOMENTO A LA SALUD.**

• Al fomentar la salud con acciones que favorezcan al auto-cuidado de los usuarios, mediante la ayuda de la familia y la comunidad ayudará a prevenir, restablecer y mantener la salud integral.

- En los programas para fomentar l salud, cada institución llevan a cabo ciertas actividades de prevención primaria y secundaria ayudando a la promoción de salud en toda la población. Siendo uno de los objetivos en la enfermería el auto-cuidado en las personas.



## LECCIÒN 2 Lección 2: Conferencias Internacionales de la Salud

Según la Organización Mundial de la Salud, la promoción de la salud es un enfoque integral que capacita a las personas para que tengan un mayor control sobre su bienestar, con el objetivo de mejorarlo.

Este enfoque va más allá de simplemente educar a los individuos sobre conocimientos, actitudes y habilidades, ya que también considera los aspectos políticos, sociales, económicos y ambientales que impactan en la salud y el bienestar

Durante la primera Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, que tuvo lugar en Ottawa en 1986, se identificaron áreas prioritarias de acción para mejorar la salud tanto a nivel individual como poblacional

Las conferencias subsiguientes, llevadas a cabo en Adelaida (1988), Sundsvall (1991), Yakarta (1997), México (2000), Bangkok (2005), Nairobi (2009), Helsinki (2013) y Shanghái (2016), han abogado por un marco de actuación centrado en la formulación de políticas públicas saludables, la creación de entornos propicios para la salud, el fomento de habilidades personales, el fortalecimiento de la acción comunitaria y la reorientación de los servicios hacia la promoción de la salud.

En la tabla se recogen las principales aportaciones de cada conferencia.

## CONFERENCIAS MUNDIALES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

| CONFERENCIAS | PRINCIPAPELES APORTACIONES |
|---|---|
| **OTAWA (1986)** | Se llegó al consenso de que la promoción de la salud representaba una táctica esencial para mejorar la salud de la población, siendo vista como un proceso integral que capacita a las personas para tener un mayor control sobre su bienestar con el objetivo de mejorarlo. Se identificaron áreas prioritarias de acción sobre las cuales se consideraba crucial intervenir para mejorar la salud tanto a nivel individual como poblacional. |
| **ADELAIDA (1988)** | Se resaltó la importancia tanto de implementar políticas públicas que promuevan la salud como de evaluar el impacto de las decisiones políticas en el bienestar de la población. Durante esta conferencia, se subrayó la responsabilidad de los gobiernos y otras entidades encargadas de los recursos hacia su población, ya sea por las políticas que implementan o por las consecuencias derivadas de la falta de estas políticas |
| **SUNDSVALL (1991)** | Se destacó la importancia de generar entornos propicios para la salud, los cuales podrían ser aprovechados por líderes políticos, tomadores de decisiones y miembros activos de la comunidad en los ámbitos de la salud y el medio ambiente. El objetivo fue asegurar que el entorno, ya sea físico, socioeconómico o político, promoviera la salud en lugar de perjudicarla |
| **YAKARTA (1997)** | Se resaltó la importancia de generar oportunidades que fortalezcan la capacidad para promover la salud, así como el papel crucial que desempeña la promoción de la salud en abordar los determinantes de la salud. Esto incluyó la promoción de la responsabilidad social y la necesidad de aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud. También se enfatizó la importancia de consolidar y ampliar alianzas estratégicas en pro de la salud, fortalecer la capacidad de las comunidades y capacitar al individuo, además de consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud. |
| **MEXICO (2000)** | Se buscó garantizar un avance continuo en la reducción de las disparidades en salud utilizando el enfoque y las tácticas de promoción de la salud, teniendo en cuenta los recursos y las estructuras esenciales para fortalecer y sostener la capacidad de promoción de la salud a nivel local, nacional e internacional. Esta declaración afirmó que la promoción de la salud es una estrategia crucial en el progreso de las naciones. |
| **BANGKOK (2005)** | Se reconocieron los desafíos, las medidas y los compromisos requeridos para enfrentar los factores determinantes de la salud en un contexto globalizado, alcanzando a individuos, grupos y organizaciones cruciales para mejorar la salud. Se subrayó la importancia de enfoques con alianzas globales, que involucren compromisos tanto a nivel local como mundial. |
| **NAIROBI (2009)** | Se enfatizó la necesidad de cerrar la brecha entre la evidencia disponible y su aplicación en el avance de la salud. Durante esta conferencia, se establecieron las estrategias esenciales y los compromisos que deben ser cumplidos para superar las deficiencias en la implementación en los ámbitos de la salud y el desarrollo, reconociendo la promoción de la salud como un componente fundamental para alcanzar este objetivo. |

| | |
|---|---|
| **HELSINKI (2013)** | Se evaluaron las experiencias relacionadas con la implementación del enfoque "Salud en Todas las Políticas". Se reconoció que la salud está influenciada significativamente por factores que trascienden el ámbito de la salud. Se enfatizó que una política de salud efectiva debe abordar todas las áreas políticas, especialmente aquellas relacionadas con lo social, lo fiscal, el medio ambiente, la educación y la investigación. |
| **SHANGHAI (2016)** | Se focalizó en la interrelación entre la salud, sus determinantes y el fortalecimiento del empoderamiento individual. Se dio prioridad a las acciones de promoción de la salud en tres áreas específicas: 1) fortalecer la buena gobernanza en pro de la salud; 2) mejorar la salud en entornos urbanos y fomentar ciudades y comunidades saludables; y 3) ampliar los conocimientos sobre salud. Estas tres áreas son puntos de partida cruciales para impactar de manera significativa, a través de enfoques que involucren a todos los sectores gubernamentales y a la sociedad en su conjunto, tanto en el entorno diario de las personas como en su capacidad para ejercer un mayor control sobre su salud y los factores que la determinan. |

*Figura 8 Conferencias Internacionales*




| Nro. | Trabajo autónomo | Escenario de desarrollo | Breve descripción: | Duración | Valoración |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 | Lección oral: conferencias internacionales de salud. | Biblioteca - Web | Lección oral de la clase anterior | 1 hora | 3 puntos |



# LECCIÒN 3 Lección 3: DETERMINANTES DE LA SALUD

## GENERALIDADES

En los últimos 20 años la salud ha sufrido mayores deterioros allí donde las economías no pueden garantizar ingresos adecuados para todos, los sistemas sociales se han colapsado y los recursos ambientales han sido inadecuados o mal administrados. La pobreza y el incremento de las desigualdades e inequidades sociales también han impedido en gran medida el progreso en la salud.

*Figura 9 Determinantes sociales en la salud*




### TIPOS DE DETERMINANTES

### DETERMINANTES SOCIALES

Las circunstancias en las que las personas nacen, se desarrollan, viven, trabajan y envejecen, así como el sistema de salud que surge de la distribución de recursos financieros,

el poder y los recursos:

**Determinantes Sociales:**

**Salud:** La salud es principalmente una medida del potencial de cada individuo para realizar o transformarse en lo que aspira. Es uno de los factores más significativos para alcanzar una vida prolongada y satisfactoria en términos de calidad

- **Determinantes Estructurales:** Son los que definen las circunstancias de vida de los grupos e individuos, como la posición socioeconómica estructural, la clase social, hábitos y estilos de vida que se desarrollan influidos por un contexto sociopolítico.

- **Determinantes Intermedios:** Son las circunstancias materiales, las condiciones de vida, trabajo, comportamiento, factores biológicos y factores psicosociales.

**Determinantes Sociales:**

**Urbanismo:** Hay una relación entre la salud y el lugar en el que se habita:

| | |
|---|---|
| Recreación | Juega un papel importante en el desarrollo de una vida saludable, ya que permite que las personas de una comunidad aprendan a solucionar sus conflictos y a vivir de manera más unida para generar procesos de desarrollo, además contribuye a la creación de hábitos de salud, la prevención de enfermedades y el incremento en las expectativas de vida. |
| Empleo | Contribuye en la salud en la medida en que las personas se sienten útiles y productivas. Por ello la salud laboral tiene como finalidad el evitar que se pueda alterar la integridad psicofísica de los trabajadores, Busca mejorar las condiciones laborales promoviendo y preservando un óptimo nivel de bienestar físico, mental y social, protegiendo a los trabajadores de riesgos para la salud y proporcionando empleos que se ajusten a sus capacidades tanto psicológicas como fisiológicas. |

| | |
|---|---|
| Educación | El estado de salud mejora con el nivel de educación, ya que aumenta las oportunidades en materia laboral y de ingresos. La educación contribuye en la medida que provee a las personas de conocimientos y actitudes para solucionar problemas, otorgándoles un sentido de control sobre las circunstancias de sus vidas. |
| Servicios públicos (agua potable, transporte y electricidad) | Son básicamente las actividades que van dirigidas a satisfacer las necesidades fundamentales de la población en general, y son de gran importancia para los índices de satisfacción, ya que estos garantizan el bienestar de la sociedad. |
| Trafico y contaminación del aire | La expansión urbana depende de y favorece el uso de vehículos a motor, conforme la población viva más lejos del centro de los lugares es inevitable el uso del carro para acudir al trabajo, las compras y las actividades de ocio. |
| Inseguridad | Se asocia principalmente con vivir en zonas o barrios desfavorecidos, que dan como resultado una salud más pobre. Un bajo estatus socioeconómico, falta de tiempo y tasas altas de crimen son importantes detractores de la salud, ya que la percepción de comportamientos incívicos, la falta de mantenimiento, ruido, basura, grafitis, falta de espacios verdes y campos de juego son índices de alta inseguridad. |
| Basura | Es unos de los problemas sociales más relevantes, que ponen en riesgo de la población, ya que contiene gran cantidad de gérmenes, sustancias dañinas y es criadero de ratas e insectos. Por ello todo aquel que produce desperdicios tiene la responsabilidad de eliminarlos adecuadamente por medio de la entrega al camión recolector, enterramiento y reciclaje para así evitar riesgos a la salud. |
| Enfermedades infecciosas | Son de gran relevancia principalmente en las áreas urbanas, ya que gran cantidad de factores condicionantes son responsables de estas enfermedades. |

**VIVIENDA**

La organización mundial de la salud manifiesta que, la vivienda es el ente facilitador del cumplimiento de un conjunto

de funciones específicas para el individuo y/o familia.

**Relación entre la vivienda y la enfermedad**

El medio residencial puede influir sobre la salud de cuatro modos principales:

**Influencia del medio residencial en la transmisión de enfermedades**: Se refiere a las afecciones relacionadas al saneamiento básico. El consumo doméstico de aguas no tratadas, la contaminación de aguas de consumo con aguas servidas y el inadecuado lavado de los alimentos son factores de riesgo de transmisión de un amplio espectro de enfermedades.

**Influencia del medio residencial en la morbilidad y mortalidad por accidentes**: Los grupos vulnerables son los niños y los ancianos, los accidentes domésticos y la violencia familiar son causa importante en la población.

**Influencia del medio residencial en la imposición de esfuerzos excesivos al organismo:** Las viviendas en malas condiciones, sin servicios básicos que cubran las necesidades primordiales de las personas, ocasionan efectos negativos en la salud, al imponer al organismo a esfuerzos excesivos con el objetivo de cubrir en la medida de lo posible las carencias de los servicios.

**Influencia del medio residencial en la insatisfacción de las necesidades fisiológicas:** Las viviendas deficientes originan problemas de salud física, social y mental; al no poder cubrir adecuadamente las necesidades fisiológicas básicas del ser humano, como la temperatura, ventilación, luz, eliminación de desechos corporales, alimentación, hidratación, descanso entre otras.

**ENTORNO**

El lugar donde vivimos afecta la posibilidad de tener una vida prospera. La forma de vida de la población incide de

forma importante en la equidad sanitaria, ya que el acceso a una vivienda de calidad, agua salubre y a servicios de saneamiento es un derecho de todo ser humano.

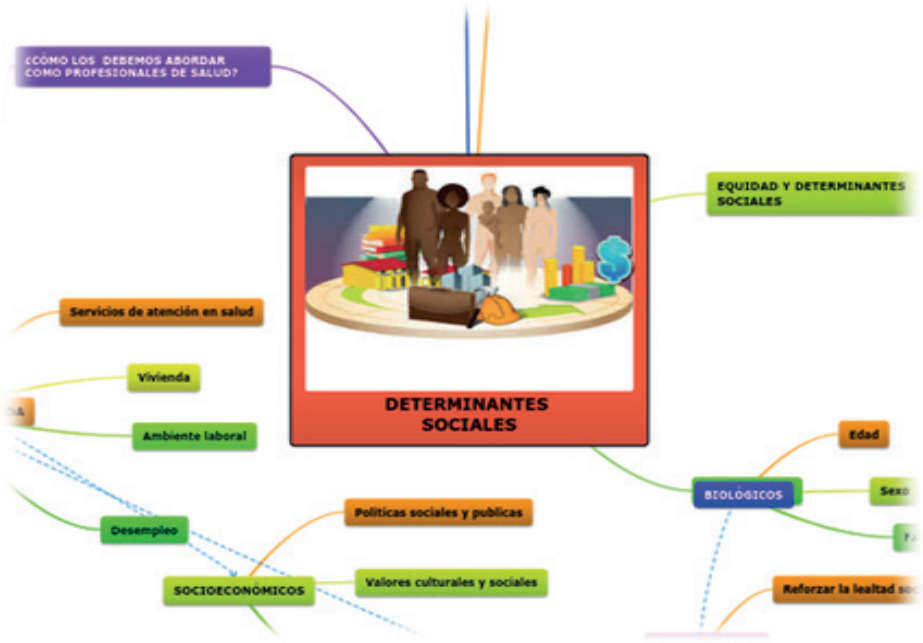
**Entorno Social**

Es el conjunto de valores y normas de una sociedad que influyen en la salud y bienestar de individuos y poblaciones. La estabilidad social, el reconocimiento de diversidad, la seguridad, las buenas relaciones de trabajo y las comunidades cohesivas proporcionan una sociedad de apoyo que reduce o evita muchos riesgos potenciales a la buena salud.

**Entorno Físico**

Los factores del entorno construidos por el hombre, tales como la vivienda, la seguridad en el lugar de trabajo, el diseño de las comunidades y caminos son también influencias importantes. La calidad del aire, el agua y el suelo son factores claves en el desarrollo de una buena calidad de salud.

*Figura 10 Determinantes sociales*




## DETERMINANTES AMBIENTALES

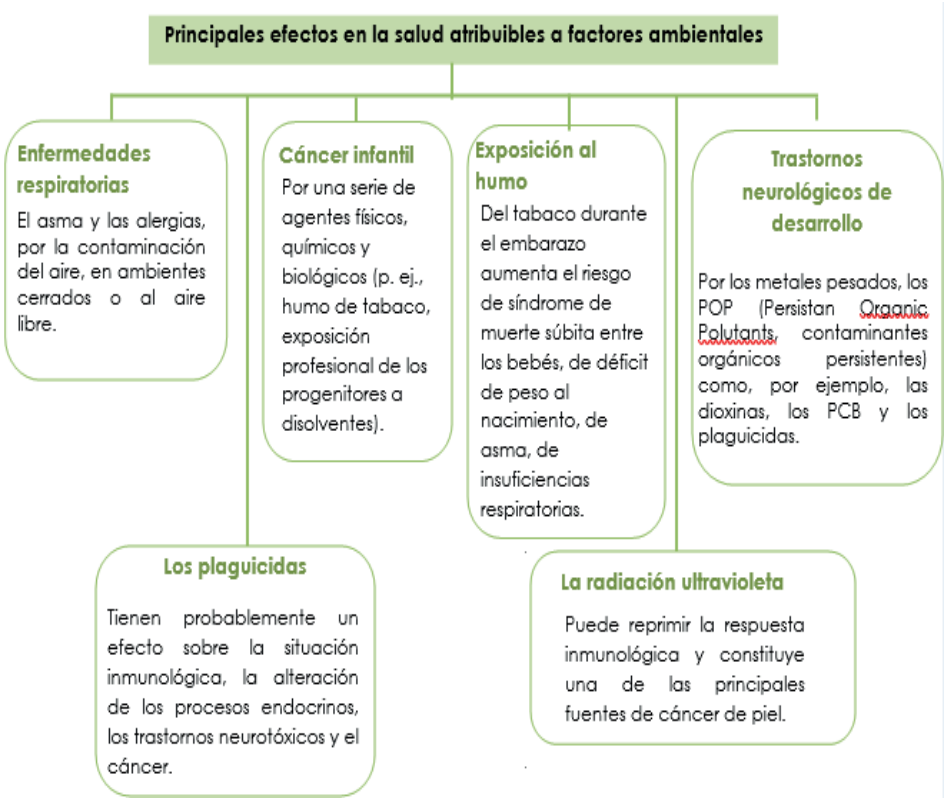
Son aquellos que pertenecen a la realidad física ambiental

sobre los que se debe actuar a fin de satisfacer necesidades de los seres humanos relacionadas con la salud ambiental. De este modo, se entiende que existen aspectos y enfermedad humanas que pueden ser determinados por factores ambientales. Se estima que un 24% de morbilidad y un 23% de la mortalidad son atribuibles a factores medioambientales.

**Medio Ambiente y Salud:** El ambiente o medio ambiente donde se desarrolla un ser humano es el conjunto de factores físicos, naturales, sociales, culturales, económicos y estéticos (paisaje) que interactúan entre sí, con el individuo y con la comunidad en que éste vive. Bajo esa consideración, la salud de una población es un fenómeno complejo y dinámico relacionado directa y estrechamente con estos factores que incluyen los riesgos físicos, químicos y biológicos

*Figura 11 Determinantes ambientales*






**Determinantes Ambientales: Aguas Residuales**

El concepto de agua residual se refiere a un tipo de agua que contiene contaminantes como materia fecal y orina, provenientes de desechos orgánicos de humanos o animales. La gestión adecuada de este tipo de agua es crucial, ya que requiere sistemas de canalización, tratamiento y eliminación. La falta de tratamiento o un tratamiento inadecuado puede ocasionar serios problemas de contaminación ambiental

**La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura FAO define aguas residuales como:** Agua que no tiene valor inmediato para el fin para el que se utilizó ni para el propósito para el que se produjo debido a su calidad, cantidad o al momento en que se dispone de ella.

Las aguas residuales, conocidas también como aguas servidas, fecales o cloacales, son el resultado del uso del

agua y se consideran residuos, ya que no son útiles para el usuario directo. Se denominan cloacales debido a que son transportadas a través de cloacas, término comúnmente utilizado para referirse al sistema de alcantarillado.

**DETERMINANTES CONDUCTUALES**

Son acciones que un individuo realiza mientras disfruta de buena salud con el objetivo de prevenir enfermedades. Estas acciones abarcan una variedad amplia, desde dejar de fumar, perder peso, hacer ejercicio hasta adoptar hábitos alimenticios adecuados

**Estilo de vida**

El estilo de vida de un individuo se define como la suma de sus respuestas habituales y los patrones de comportamiento adquiridos durante su socialización. Estos comportamientos se adquieren a través de la interacción con padres, compañeros, amigos y hermanos, así como por la influencia de la escuela, los medios de comunicación, entre otros. Estos patrones de comportamiento son evaluados y ajustados constantemente en diversas situaciones sociales, lo que implica que no son estáticos, sino que pueden cambiar con el tiempo".

*Figura 12 Estilo de vida*



**El estilo de vida de la población puede ser:**

• **Tabaco:** Según la OMS el tabaquismo es la principal causa prevenible de mortalidad y enfermedades en el mundo. Los especialistas sostienen que hay una conexión directa entre fumar tabaco y el desarrollo de veintinueve enfermedades, incluyendo diez tipos distintos de cáncer.

• **Alcohol:** La adicción al alcohol trae graves problemas y enfermedades, y requiere terapias de desintoxicación, rehabilitación y tratamiento para superar los síntomas.

• **Drogas:** Dice la OMS: "Droga" es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del SNC.

**DETERMINANTES BIOLOGICOS**

Las causas que pueden desencadenar una enfermedad son numerosas, y los mecanismos de acción que afectan al cuerpo son muy complejos. Entre las principales causas están las siguientes:

**Causas exógenas**: por ejemplo, las infecciones y las enfermedades parasitarias.

**Causas endógenas**: Que pueden aparecer por disfunción de un órgano (por ejemplo, del páncreas en la DM), por una reacción anormal (cirrosis hepática), o por un trastorno metabólico y funcional de las células (por ejemplo, en las neoplasias, esto es, tumores).

*Figura 13 Determinantes Biológicos*




**DETERMINANTES DEL SISTEMA DE SALUD**

**La demanda de un bien o servicio: La** demanda de manera general puede ser entendida en términos generales como las cantidades de un bien o servicio que un consumidor puede y está dispuesto (de forma explícita) a adquirir (para cada nivel de precios señalado para el mismo y para unas circunstancias de mercado dadas).

**La oferta: Los** estudios de demanda y uso de servicios han recibido un considerable impulso en años recientesLos estudios relacionados con la oferta, en contraste, han sido ampliamente pasados por alto debido a la errónea suposición de que la información administrativa disponible es suficiente para comprender la oferta.

**Vivienda Saludable:** Para satisfacer una serie de necesidades individuales básicas, el ser humano requiere un entorno que facilite la interacción con el medio ambiente, y este entorno es lo que llamamos vivienda. Estas funciones permiten que el individuo desarrolle sus capacidades sociales y productivas. Entre estas necesidades se incluyen el descanso, la alimentación, el refugio familiar y la protección contra

los elementos naturales como el frío y la lluvia. Por lo tanto, la vivienda actúa como un medio para facilitar funciones esenciales tanto biológicas, psicológicas como sociales

Dado que el entorno tiene una influencia significativa en las condiciones de salud, y teniendo en cuenta que las personas pasan al menos el 50% de su tiempo diario en sus hogares, es crucial que la vivienda se convierta en un lugar clave para la gestión del riesgo y la promoción de la salud pública. Por lo tanto, se puede considerar que la vivienda es un punto inicial para abordar la salud pública.

*Figura 14 Vivienda saludable*



Uno de los entornos cotidianos en los que el ser humano vive a lo largo de su vida es el hogar, junto con la escuela, el lugar de trabajo y la ciudad. El concepto de entornos saludables abarca aspectos como el saneamiento básico, espacios físicos limpios y adecuadamente estructurados, así como redes de apoyo para promover entornos psicosociales seguros y saludables, libres de violencia (incluyendo el abuso físico, verbal y emocional).

La falta de vivienda adecuada y de saneamiento constituye un factor recurrente asociado al exceso de mortalidad y se relaciona sistemáticamente con los niveles de pobreza.

**Factores Culturales y Socio-económicos:** El crecimiento de cada niño está moldeado por la cultura del grupo humano al que pertenece, ya sea una comunidad rural o urbana, así como por la cultura de su familia. Dentro de

estos entornos, existen varios factores que influyen en el estímulo y la promoción de diferentes intereses, modelos de comportamiento específicos y valores sociales y religiosos. Aunque es un hecho conocido, es importante resaltar la influencia del nivel socioeconómico del niño en su desarrollo. Este nivel determina las diversas oportunidades de estimulación, educación y valores sociales, los cuales pueden reflejarse en las variaciones del desarrollo normal. ¿Qué es la Iniciativa de Vivienda Saludable?

Proceso para fortalecer la ejecución de actividades que promueven y protegen la salud de las poblaciones más El procedimiento busca reforzar la realización de acciones que fomenten y salvaguarden la salud de las comunidades más vulnerables frente a los riesgos presentes en sus hogares en áreas de alta necesidad. Esto demanda un compromiso político firme, experiencia técnica consolidada, colaboración continua entre distintos sectores y una activa participación y acción por parte de la comunidad

**Objetivos de la Iniciativa de Vivienda Saludable**

•Establecer entornos donde se fomente la discusión, análisis e investigación que favorezcan una perspectiva integral sobre la vivienda y su influencia en la salud.

•Ejecutar políticas, programas y proyectos de vivienda y urbanismo que impulsen la salud.

•Fomentar la protección y promoción de la salud de la población mediante acciones sostenibles.

•Potenciar las habilidades humanas, enfocándose en el empoderamiento de los ciudadanos.

**La Estrategia de Vivienda Saludable promueve:**

•Que todas las personas que integran la familia gocen de buena salud.

•Fomentar que las familias reconozcan y adopten prácticas saludables.

•Promover que las familias reduzcan los riesgos dentro de la vivienda y su entorno cercano.

•Una vivienda saludable se define como:

•Un entorno cómodo, seguro y equilibrado para la vida diaria y las relaciones sociales.

•Un lugar esencial y propicio para el crecimiento individual y familiar.

•Un espacio íntimo donde se comparten momentos significativos, se consolidan los lazos afectivos y se fortalece la unidad familiar



## LECCIÒN 4 Lección 4: SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN EL ECUADOR

### GENERALIDADES




¿QUE ES EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD?

Conjunto de entidades públicas, privadas y autónomas y comunitarias que se articulan funcionalmente sobre la base

de principios, políticas objetivas y normas comunes. (losns, art. 2)

**Se caracteriza en dos sectores**

- Privados
- Públicos

Posee un sistema de seguridad social financiado por cotizaciones de los trabajadores. El sistema privado para la población con poder adquisitivo y la salud pública y redes asistenciales para los más pobres existen múltiples financiadores y proveedores, Ministerio de salud, Seguro social (IESS)

**La consulta nacional de 1997 atribuye 4 roles del estado salud**

- Rectoría
- Promoción de la salud
- Garantía de acceso equitativo a la atención
- Provisión descentralizada de los servicios



**Integrantes del SNS Ministerio de salud pública y entidades adscritas Ministerios que participan en el campo de la salud**

- IESS, ISSFA, ISSPOL
- Organizaciones de la Fuerza Pública
- AFEME • Junta de Beneficencia de Guayaquil
- SOLCA
- CONCOPE, AME, CONAJUPARE
- Entidades de salud con fines de lucro
- Entidades de salud sin fines de lucro
- Servicios comunitarios de salud
- Centros de desarrollo de ciencia y tecnología en salud
- Organizaciones comunitarias que actúen en promoción y defensa de la salud
- Organizaciones que trabajan en salud ambiental
- Organizaciones gremiales de profesionales y trabajadores de la salud
- Otros organismos de carácter público, del régimen dependiente o autónomo y de carácter privado que actúen en el campo de la salud

**FUNCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

- **Función de coordinación**: Facilita la interacción entre las diferentes funciones y los miembros del sistema. Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública (MSP) como autoridad nacional en materia de salud, con el respaldo de los Consejos de Salud.

- **Función de provisión de Servicios:** El cuidado de la salud es un proceso colaborativo que implica la participación coordinada de diversas instituciones proveedoras de servicios,

las cuales operarán en redes para garantizar la calidad, continuidad y complementariedad de la atención.

• **Función de aseguramiento**: Asegurar que toda la población tenga acceso de manera universal y equitativa al plan completo de atención médica.

• **Función de financiamiento:** Asegurar que los recursos financieros estén disponibles de manera constante y sostenible.

Oferta de servicios de salud El MSP posee la red de servicios más importante del país, en cuanto a número, complejidad y recursos humanos: la capacidad instalada es de 1863 unidades operativas: 169 Área de Salud (85 HB, 152 CS, 1127 SCS, 434 PS, 21 UM, 3 UF); 42 hospitales (generales, especializados y de especialidades).

El desafío fundamental que enfrenta el Sistema Nacional de Salud del Ecuador, es el de garantizar a todos los ciudadanos la Protección Social Universal en materia de salud, eliminando o reduciendo al máximo las desigualdades evitables en la cobertura, el acceso y la utilización de servicios de calidad

**OBJETIVOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

*Figura 15 Atención a los pacientes*



**REFORMA DEL SECTOR SALUD CONFERENCIA DE ALMA ATA** En esta ciudad rusa los países afiliados a la OMS comprometen a cumplir la meta de Salud para todos en el año 2000 y se establecieron los indicadores sanitarios mínimos, a alcanzar por parte de los países de Latinoamérica y el caribe

Durante la primera Cumbre de las Américas, que tuvo lugar en los Estados Unidos en 1994, los gobiernos de la región renovaron su compromiso de integrar en sus procesos de reforma del sector salud mecanismos que aseguren el acceso equitativo a servicios básicos de salud y mejoren su calidad. Un año después la OPS junto con otras agencias internacionales patrocinó una nueva reunión sobre estas reformas estableciendo criterios basados en principios de equidad, efectividad y calidad eficiencia, sostenibilidad y participación social

La reforma del sistema de salud implica un proceso dirigido a implementar modificaciones significativas en las diversas áreas y responsabilidades del sector, con el objetivo de mejorar la equidad en la prestación de servicios, la eficiencia en su administración y la efectividad en sus acciones, todo ello con miras a satisfacer las necesidades de salud de la población.

En 1998 la OPS redacto y sugirió lineamientos metodológicos para la preparación de los perfiles de los sistemas de servicios de salud en los países de la región tales como:

- Marco jurídico
- Derecho a los cuidados de la salud
- Aumento de la cobertura
- Función rectora de los ministerios de salud
- Separación de funciones
- Descentralización

- Participación y control social
- Financiamiento y gasto
- Oferta de servicios
- Modelo de gestión
- Formación y capacitación de los recursos humanos
- Calidad y evaluación de las tecnologías

En las últimas décadas, el panorama del sector de salud en Ecuador ha mostrado una situación problemática, con la presencia de numerosos obstáculos que afectan su funcionamiento:

- Acceso inequitativo a los servicios
- Bajas coberturas y calidad de atención
- Modelo de atención curativo
- Gestión centralizada y de bajas coberturas de atención
- Falta de una política integral de recursos humanos
- Inadecuada coordinación interinstitucional
- Paternalismo de instituciones públicas y privadas

Alto costo de insumos y tecnologías, situación similar a la de otros países, sufriendo algunos cambios empezando con la reforma del sector salud, que inicia en la década de los 80´s. Considerando que el proceso debía contar con lo que se denominó la Reforma Mínima.

**LA REFORMA MINIMA** se caracterizaría por:

- La Separación de las funciones de financiamiento de la provisión de servicios
- El fortalecimiento de la función rectora del MSP
- El fortalecimiento de las entidades territoriales o del

régimen seccional

• El apoyo a los programas de garantía de calidad y acreditación de servicios

• La regulación de las empresas de aseguramiento privado

• El apoyo a la creación de nuevos actores sociales en provincias y cantones

• Extender la cobertura mediante la implementación de programas de servicios básicos en áreas con mayores necesidades.

• Apoyar la descentralización de la gestión administrativa y financiera de las unidades de salud.

• Ejecutar proyectos a pequeña escala para evaluar la viabilidad de los mecanismos e instrumentos de reforma.

A principios del nuevo milenio, el Ministerio de Salud Pública emitió un documento para su discusión, conocido como la Reforma del Sector Salud (abril de 2001), indicando que Ecuador aún se encontraba en la etapa de formulación de la reforma en salud. Esta iniciativa involucra tanto a la sociedad como a las organizaciones públicas y privadas del sector, y está enmarcada dentro del Programa PASSE.3.

Las experiencias acumuladas hasta el momento permiten evaluar la efectividad de ciertas propuestas y establecer los principales lineamientos de la reforma que son apropiados para Ecuador.

**DEFINICIÓN, ÁMBITO DE APLICACIÓN, FINALIDAD, PRINCIPIOS Y OBJETIVOS**

**Principios del SNS**

• Equidad

• Calidad

- Eficiencia
- Participación
- Pluralidad
- Solidaridad
- Universalidad
- Descentralización
- Autonomía

**VALORES**

• **Respeto**. Entendemos que todas las personas son iguales y merecen el mejor servicio, por lo que nos comprometemos a respetar su dignidad y a atender sus necesidades teniendo en cuenta, en todo momento, sus derechos.

• **Inclusión.** Reconocemos que los grupos sociales son distintos y valoramos sus diferencias

• **Vocación de servicio.** Nuestra labor diaria lo hacemos con pasión.

• **Compromiso.** Nos comprometemos a cumplir con todas las responsabilidades que nos han sido asignadas

• **Integridad.** Poseemos la habilidad de tomar decisiones de manera responsable en cuanto a nuestra conducta".

• **Justicia**. Sostenemos la convicción de que todas las personas merecen igualdad de oportunidades y nos esforzamos en lograrlo.

• **Lealtad.** Promoción y protección de los valores, principios y metas de la organización, asegurando los derechos tanto individuales como colectivos

Bioética En el 2007, el PCYT propuso la Política Nacional de Bioética la cual fue aprobada por el CONASA y será

publicada en breve tiempo. Adicionalmente, mediante Acuerdo Ministerial No.0099 de 13 de julio de 2006, el PCYT ha establecido la norma para la conformación de los Comités de Bioética y para la acreditación de los mismos. Con estos instrumentos se establecerá un Registro Nacional de Comités de Bioética en el nivel nacional.

**Divulgación y promoción del uso de la investigación**

La falta de mecanismos e instrumentos de divulgación (revistas, folletos, etc.) han sido una causa primordial para la escasa difusión de las investigaciones. En el Ecuador existen pocas revistas indizadas u otros órganos de difusión y son pocas las instituciones que la mantienen.

Un instrumento que va a favorecer la divulgación de las investigaciones es la Biblioteca Virtual del PCYT que está alimentando la información de la producción nacional, biblioteca que es parte de la Red Latinoamericana de BVSs auspiciada por BIREME.

## EL SISTEMA DE SALUD DE ECUADOR SE UBICA ENTRE LOS 20 MEJORES DEL MUNDO

Ecuador cuenta con uno de los sistemas de salud más destacados a nivel mundial, según la base de datos de Bloomberg, que clasifica la eficiencia del sistema sanitario ecuatoriano en el puesto 20 a nivel global, siendo superado en Sudamérica únicamente por Chile, que ocupa el puesto 13. Durante el periodo 2007-2012, se produjeron cambios significativos en el desarrollo social del país. En el año 2006, la inversión social ascendía a 1.934 millones de dólares, mientras que se proyectaba que en 2013 alcanzaría aproximadamente los 7.000 millones de dólares, con un enfoque especial en el sector de la salud.

En el informe de rendición de cuentas del sector social, se destacó que actualmente existen alrededor de 140 hospitales en la Red Pública de Salud, además de la construcción de 22

nuevos hospitales y la remodelación de otros 24. Asimismo, la planificación en salud incluye la existencia de 950 centros de salud a nivel nacional, con un estándar de 2 camas por cada mil habitantes.

Ecuador sigue implementando políticas orientadas a reducir la mortalidad materna e infantil, erradicar enfermedades endémicas y promover la prevención de enfermedades no transmisibles como la hipertensión, el cáncer, las enfermedades cardíacas y la diabetes. También se busca mejorar la atención en enfermedades catastróficas como el VIH/SIDA, así como fortalecer el acceso a servicios médicos de calidad en salud sexual y reproductiva.



## Autoevaluación

Responda las siguientes preguntas.

1. ¿En qué año se dijo el lema "Salud para todos en el año 2000"?

- 1978
- 1996
- 1948

2. Conteste ¿Qué significó la conferencia de Alma Ata?

3. ¿Para usted qué es la atención primaria en salud?

2 *Unidad*

FAMILIA COMO UNIDAD EPIDEMIOLÓGICA



LECCIÒN **5** **Lección 5: ENFERMERÍA FAMILIAR BASADA EN LOS MARCOS TEÓRICOS**

## GENERALIDADES

Los sistemas familiares que reflejan claramente roles definidos muestran menor dificultad para que los miembros individuales alcancen las expectativas o cumplan con las obligaciones del rol. Si tal dificultad existe, se dice que existe tensión del rol entre los, participantes del rol complementario. En el pasado el sexo era frecuentemente el factor determinante en las conductas del rol de padre o madre.

A medida que la compatibilidad o la avenencia con los respectivos roles emergen entre los miembros de la familia, van desarrollándose también la conciencia (o el consenso) y el desempeño funcional del rol, lo que predispone al equilibrio en la familia.

**"ROL"** → ha adquirido significado por influencia del inglés "role" que significa función que algo o alguien cumple. Se define como las prescripciones y expectativas de las conductas de cada rol; esto es, que los roles deben ser compartibles.

## La socialización.

Es el proceso mediante el cual se aprenden los roles como patrones de respuestas. La socialización puede ser intencional o incidental, o una combinación de ambas. A menudo los niños aprenden las destrezas mediante el aprendizaje inherente en otras ocasiones, los niños pueden poseer destrezas.

El proceso de socialización ocurre mediante la internalización de valores específicos o actitudes y la adquisición de destrezas para el desempeño de las conductas apropiadas.

Por cada rol existe un rol complementario en el cual las conductas especificadas por los participantes en el rol son constantemente influidas entre sí por sus interacciones

La teoría del rol como un marco teórico para la práctica de la enfermería en la familia puede proporcionar una guía para valorar a la familia, realizar diagnósticos de enfermería, y planear intervenciones apropiadas al explicar los roles de los miembros de la familia durante las transiciones en el ciclo vital de la familia.

## TEORIA DEL DESARROLLO

Factores biológicos, psicológicos, socioculturales y del ciclo vital determinan el desarrollo humano. El desarrollo es multidimensional o interdisciplinario. El desarrollo humano es un proceso complejo que se divide en 4 dimensiones básicas:

Dimensión física: es considerado un proceso dinámico tanto biológico como cultural, caracterizado por continuos cambios, sustentados en el tiempo. Las fases son aquellas características de tipo físico, fisiológico y psicológico que van apareciendo de manera secuencial durante toda la vida del individuo.

*Figura 16*
*Dimensión física*



Dimensión Cognitiva: El desarrollo cognitivo forma parte de la cultura y el desarrollo humano no solo por la capacidad humana que permite al individuo entender, comprender, aprender, solucionar problemas, establecer juicios y racionamientos, tomar decisiones, para así asumir una actitud reflexiva, critica, lógica y creativa, lo que le posibilita el aprendizaje nos incorporamos a la cultura, la información, la tecnología, la investigación, y la toma de decisiones en contextos formales y no formales.

*Figura 17*
*Dimensión cognitiva*



Dimensión social: Esta dimensión es indispensable para el ser humano ya que con ella el individuo se adapta en un mundo cada vez más extenso y cambiante. Esta dimensión surge, debido a la necesidad que tiene todo ser humano de relacionarse y satisfacer los requerimientos del individuo para comunicarse, procrearse y un adecuado desarrollo personal.

*Figura 18*
*Dimensión social*



Dimensión emocional: Se dice que la dimensión social y emocional están ligadas ya que nuestras emociones provienen de nuestra relación con otras personas. Esta dimensión abarca el mundo de los sentimientos que determinan cada una de las acciones en que vivimos. Un buen desarrollo de nuestras emociones requiere de un esfuerzo y un compromiso de respeto, comprensión con las personas que tenemos relación.

*Figura 19 Dimensión Emocional*



Cada aspecto abarca el fomento del vínculo afectivo, la confianza, la sensación de seguridad, el afecto y una gama de emociones, así como la exploración del concepto de identidad y la independencia, además de la evaluación del estrés, las alteraciones emocionales y los patrones de conducta.

**Evelyn Duvall (1977)**:

Estructura el desarrollo de la familia y ofrece un marco para investigar y comprender los cambios y responsabilidades comunes en la evolución de la mayoría de las familias a lo largo de su ciclo de vida, reconociendo que cada familia posee características singulares y sigue patrones de desarrollo secuenciales específicos.

| | | |
|---|---|---|
| Etapa I. Origen de la familia: | Inicia con el matrimonio, marcando el establecimiento de una relación mutuamente gratificante. Durante esta fase, las responsabilidades de la pareja se centran en fortalecer la intimidad, equilibrar las dinámicas entre ellos, planificar la formación de la familia y cultivar relaciones armoniosas con los familiares. Asimismo, el embarazo y la preparación para asumir el rol de padres son aspectos críticos durante este período. |  |
| Etapa II. Parto temprano | Empieza con la llegada del primer hijo y abarca desde el nacimiento del bebé hasta que cumple tres meses de edad. Durante este periodo, las responsabilidades de la familia se enfocan en atender las necesidades y requerimientos del recién nacido mientras simultáneamente se mantienen las labores para asegurar la estabilidad y el progreso del hogar. Asimismo, asumir los roles de padre y madre constituye una tarea fundamental en esta etapa. |  |
| Etapa III. Familia con pre-escolar | Comienza con la adaptación de los padres a las demandas, intereses y necesidades del niño en edad preescolar. Durante esta adaptación los padres pueden experimentar una reducción de su energía y privacidad con el nacimiento de otro hijo. A medida que se adaptan a las necesidades del niño en edad preescolar, los padres enfrentan un aumento de responsabilidades en la crianza de sus hijos, así como la necesidad de más espacio en el hogar y de dedicar tiempo personal adicional para mantener la intimidad y la comunicación como pareja. |  |

| | | |
|---|---|---|
| Etapa IV. Familia con niños escolares | Empieza cuando los niños comienzan la escuela. Durante esta etapa, las responsabilidades de la familia se centran en ajustarse a las actividades comunitarias del niño y en mantener y satisfacer las relaciones materiales. Las tareas principales implican equilibrar el tiempo y la energía para cumplir con las demandas laborales, las necesidades y actividades de los hijos, el interés social del adulto y los requisitos para mantener la comunicación y la armonía en las relaciones matrimoniales y con familiares políticos. |  |
| Etapa V. Familia con adolescentes | Empieza cuando el niño entra en la adolescencia, marcando el comienzo de un proceso significativo de emancipación, donde el desarrollo gradualmente aumenta la independencia y autonomía del hijo. Las responsabilidades clave en esta etapa incluyen mantener una comunicación abierta entre padres y adolescente, mantener las relaciones parentales y fomentar el desarrollo de intereses externos a medida que el adolescente se distancia del hogar. |  |
| Etapa VI. Salir del centro familiar | Inicia cuando el primer hijo deja el hogar y concluye cuando el último hijo se ha marchado. Durante este período, ambos padres deben preparar a sus hijos para vivir de forma independiente y, al mismo tiempo, aceptar su salida del hogar. Después de que los hijos se hayan marchado, los padres deben reorganizar y reajustar la dinámica familiar. Los roles de esposo y esposa cambian durante este tiempo, y con la llegada de los nietos, los padres deben adaptarse a nuevos roles y ajustar su propia identidad familiar. |  |

| | | |
|---|---|---|
| Etapa VII. Edad madura de la familia | Comienza una vez que los hijos han dejado el hogar. Durante la etapa de madurez familiar, los padres disponen de más tiempo e independencia para cultivar intereses sociales y disfrutar de comodidades. Este período también se centra en fortalecer la relación matrimonial y mantener conexiones con los padres envejecidos, los nietos y otros miembros de la familia. Además, implica prepararse para la jubilación, cuidar de la salud física y emocional, y continuar con la actividad profesional. |  |
| Etapa VIII. Maduración familiar | Inicia con la jubilación de uno de los cónyuges y se extiende hasta el fallecimiento de ambos. Durante esta etapa, las responsabilidades principales incluyen mantener suficiente energía y motivación para participar en actividades placenteras, incluso en presencia de posibles limitaciones financieras y de salud. También implica aceptar cambios en el estilo de vida y enfrentar la muerte del cónyuge y amigos. Durante este período, la pareja puede optar por cerrar su hogar y trasladarse a una comunidad de jubilados. |  |

**Modelo de Duvall:** Evolución, etapas y tareas de la familia:

*Tabla 1.- Etapas de la familia según Evelin Duval*

| Etapas de evolución | | Tareas básicas de la familia |
|---|---|---|
| I | **Origen de la familia** | Promover las necesidades básicas como alimento, techo, vestido y cuidados de salud. |
| II | **Parto temprano** | Hacer frente a las necesidades financieras y distribuir los recursos como bienes materiales espacio, respeto, afecto de acuerdo con las necesidades familiares e individuales. |
| III | **Familia con pre-escolar** | División de trabajo como las tareas de la casa y el cuidado de los niños. |

| | | |
|---|---|---|
| IV | **Familia con escolares** | Socialización de los miembros de la familia a las normas y valores de la sociedad. |
| V | **Familia con adolescentes** | Reproducción y crianza de los hijos. |
| VI | **Salida del centro familiar** | Establecer modos de comunicación e interacción que sean aceptables a la sociedad. |
| VII | **Edad madura de la familia** | Encargarse de la interacción con otros sistemas sociales como escuelas, iglesias y empleadores. |
| VIII | **Maduración de la familia** | Mantenimiento de motivación y la habilidad para enfrentar la crisis. |



| | | |
|---|---|---|
| **APRENDIZAJE AUTONOMO** | **1** | **Enfermería familiar basada en los marcos teóricos Duración: horas** |

| Nro. | Trabajo autónomo | Escenario de desarrollo | Breve descripción: | Duración | Valoración |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 | Exposición: Enfermería familiar basada en los marcos teóricos | Biblioteca - Web | Realizar una exposición grupal acerca de la enfermería familiar | 1 hora | 3 puntos |



LECCIÒN 6

**Lección 6: ENFERMERIA FAMILIAR BASADA EN LOS MARCOS TEORICOS PARTE II**

## TEORIA DE LA COMUNICACION

Se refiere al procedimiento en el que el emisor y el receptor establecen una comunicación en un tiempo y lugar específicos con el fin de transmitir, intercambiar o compartir ideas, información o significados que son entendibles para ambas partes. La comunicación en cualquier circunstancia de nuestras vidas, es de vital importancia, para poder expresar nuestros objetivos, necesidades, emociones, etc.

### Factores que intervienen en la Comunicación

**Percepción:** Es el proceso mediante el cual un individuo adquiere una sensación interior que resulta de una impresión material hecha en los sentidos. Esta sensación puede ser consciente o inconsciente.

**Valores y creencias:** Una creencia se refiere a la convicción o certeza que se tiene sobre el significado de algo, constituyendo una afirmación personal que se considera verdadera. Estas creencias, muchas veces subconscientes, influyen en la forma en que percibimos tanto a nosotros mismos como a los demás, así como en nuestra percepción de las situaciones y cosas que nos rodean

**Aspectos sociales:** Una sociedad es un grupo de individuos que interactúan en un mismo contexto y que están atravesados todos por la misma cultura, es decir comparten la misma y una serie de cuestiones que condicionarán sus costumbres y estilos de vida. Vale mencionarse que todo ello les desarrolla una identidad dada y un sentido de pertenencia.

**Estado de ánimo:** Se define como "una emoción prolongada

que colorea el estado físico general". Los cambios de humor patológico se distinguen de las fluctuaciones normales porque son desproporcionados respecto del estresor o situación que los desencadena, no responden a los intentos (tanto propios como ajenos) de tranquilidad, duran semanas, meses o incluso años, y tienen un efecto dominante sobre la persona, tal que la mayoría de las áreas de su vida se ven afectadas por el estado de ánimo.

**Aspectos familiares:** Los problemas más comunes son la ausencia de comunicación y la mala comunicación. Pueden suscitarse tanto entre padres e hijos, como entre esposos.

**Según Virginia Satir (1991):** La vida familiar se parece un poco a un "iceberg". Solo se percibe una pequeña fracción de la totalidad, la cual es la parte visible y audible que todos pueden notar. A menudo, las personas tienden a creer que esta fracción representa la totalidad, aunque algunos sospechan que puede haber más pero no saben qué es ni cómo descubrirlo, como menciona Virginia Satir.

El propósito es esclarecer el lado oculto del iceberg mediante la exploración de cuatro aspectos:

- Los sentimientos e ideas sobre uno mismo.
- La autoestima.
- Las formas en que las personas expresan lo que quieren decirse mutuamente.
- La comunicación y las normas que utilizan las personas para actuar y sentir, que conforman el vínculo con la sociedad.

**TEORIA DE LA CRISIS**

Se trata de un estado transitorio de desequilibrio y desorden, que se define principalmente por la dificultad del individuo para enfrentar situaciones específicas utilizando los métodos

habituales para resolver problemas, y por la posibilidad de obtener un resultado notablemente favorable o desfavorable.

Según Caplan (1964), la crisis ocurre como resultado de una situación novedosa o de un acontecimiento en el que no es suficiente la solución típica de problemas. En esta discusión, la crisis de la familia es el mismo proceso excepto en que la nueva situación no está dentro del terreno de las capacidades de solución de problemas normales de la familia. El acontecimiento que causa la crisis para una familia puede no tener el mismo efecto dentro de otra familia. La enfermedad de un miembro de la familia, la pérdida del empleo, y el divorcio son ejemplos de acontecimientos que podrán llevar a la crisis.

**Fenómenos emocionales que acompañan las crisis:**

En las crisis se activan una serie de mecanismos de defensa para protegernos de los sentimientos incómodos y a veces insoportables. Los sentimientos más frecuentes son la rabia, la angustia, el miedo y la culpa, y a menudo están condicionados por creencias irracionales. Dependiendo de cómo se viva la situación de crisis, se activarán más unos sentimientos que otros. Los fenómenos emocionales más frecuentes que se dan en las crisis son:

• **Depresión:** Reacciones emotivas de tristeza y melancolía, no estando motivado para salir del problema. Siempre expresa su sentimiento, pero manifiesta su impotencia y desánimo para salir de esta situación. Se encuentra apático, indiferente.

• **Miedo:** es el temor ante lo que pueda deparar el futuro, no estando la mayoría de las veces ese temor fundado en un motivo real, sino imaginario, produciéndoles vivencias tales como preocupación, inseguridad, terror, asociados a la sensación de miedo.

• **Ira:** es muy frecuente como reacción a las frustraciones y situaciones traumáticas en la vida de las personas. Se

manifiesta de forma muy clara. Suelen hablar con voz muy alta. Utilizan insultos, se defienden sin haber sido acusados.

• **Ansiedad:** es el estado de ánimo más frecuente. La persona se siente invadida por sentimientos difusos que le impiden expresar con claridad sus problemas y la incapacidad para tomar decisiones.

**TEORIA DEL APRENDIZAJE**

Las teorías del aprendizaje buscan explicar los mecanismos mediante los cuales tanto las personas como los animales adquieren conocimientos. Un gran número de psicólogos y educadores han contribuido con diversas teorías en este campo.

*Figura 20 Teoria del aprendizaje*



Las múltiples teorías ofrecen herramientas para comprender, anticipar y gestionar la conducta humana, al mismo tiempo que desarrollan estrategias de aprendizaje y buscan explicar cómo las personas acceden al conocimiento. Su enfoque se concentra en el desarrollo de habilidades y destrezas en el razonamiento, así como en la adquisición de conceptos.

**Tipos de aprendizajes:**

- **El aprendizaje por observación:** explica que, observando la actuación de otros individuos y las consecuencias de sus acciones, los seres humanos aprendemos de estos modelos conducta, utilizando las capacidades de observación, auto reflexión y auto regulación.

- **El aprendizaje por ejecución:** las influencias del medio afectan el comportamiento a través de un proceso de simbolización.



**LECCIÒN 7**

**Lección 7: LA FAMILIA COMO UNIDAD EPIDEMIOLOGICA DE TRABAJO**

## ASPECTOS CONCEPTUALES

**Etimología de la palabra familia:** La etimología de la palabra familia no ha podido ser establecida de modo preciso. Hay quienes afirman que proviene del latín fames ("hambre") y otros del término famulus ("sirviente"). De esta manera, se considera que en sus inicios, el término "familia" se empleaba para describir el conjunto de criados y esclavos que pertenecían a un mismo individuo como su propiedad.

**Familia:** La familia es un conjunto de individuos conectados por lazos de parentesco, que pueden ser de sangre, matrimonio o adopción, y que conviven por un tiempo indeterminado. Es considerada la célula fundamental de la sociedad.

**Según la OMS**: Los integrantes de la residencia que están relacionados entre sí hasta cierto grado por vínculos de sangre, adopción o matrimonio. La medida del parentesco que se emplea para establecer los límites familiares varía según los propósitos para los cuales se utilicen los datos, por lo que no puede ser definida con exactitud a nivel global.

**Parentesco:** Relación social fundamentada en lazos de sangre, matrimonio o adopción, que reúne a las personas en unidades familiares.

**Unidad Familiar:** Conjunto social compuesto por dos o más individuos que están conectados por vínculos de sangre, matrimonio o adopción, y generalmente residen en el mismo

lugar..

**Matrimonio**: Una unión reconocida legalmente que implica colaboración económica, intimidad sexual y responsabilidad compartida en el cuidado de los hijos, y se espera que perdure en la mayoría de los casos.

**CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA FAMILIA ECUATORIANA**

En líneas generales, la investigación de nuestros núcleos familiares ha establecido que la mayoría de nuestras familias, especialmente las de escasos recursos que representa un alto porcentaje de la población de nuestro país, tiene una estructura "matricentrada" y "matrilineal" (Vethencourt, 1974; Hurtado, 1993; Moreno, 1994), es decir el núcleo familiar se centra en la figura materna.

El origen de la familia es consecuencia de la naturaleza humana, según la ley una libre atracción entre personas de sexos diferentes. Las funciones más importantes de las familias se orientan a la procreación, educación y alimentación en común y sostenimiento de todos sus miembros con el producto del trabajo.

**La familia ecuatoriana se caracteriza en relación con sus aspectos morales, sociales y legales:**

**EN LO MORAL:**

El fundamento de la familia radica en el matrimonio, el cual puede adoptar formas religiosas y civiles. Aunque el matrimonio civil conlleva implicaciones legales, la mayoría de las familias ecuatorianas también desean que sus miembros celebren el matrimonio religioso, dado que la religión predominante en el país es el catolicismo. Por lo tanto, existe una base moral arraigada en la religión en nuestra familia.

Los padres orientan y hacen sentir su autoridad en el hogar, cuya conducta significa un ejemplo a seguir para sus hijos.

Se presentan igualmente casos de descomposición familiar, aunque aislados. Entre estos casos están la falta de autoridad en el seno familiar, los conflictos entre padres e hijos, las rencillas entre hermanos, el alcoholismo entre los progenitores e inclusive el incesto

**EN LO SOCIAL**

Existen numerosas familias incompletas, en las que falta uno de los cónyuges, usualmente el padre, debido a la separación o el divorcio. En muchos hogares, se observa una falta de atención hacia los hijos debido a que los padres trabajan fuera. Tanto en áreas rurales como urbanas, hay menores que trabajan debido a que sus padres están desempleados, no tienen empleos calificados o no ganan lo suficiente para mantener el hogar.

Las grandes ciudades específicamente en Guayaquil tienen numerosas familias que viven en ranchos, lo que trae como resultado el hacinamiento, la insalubridad, la incomodidad para el desplazamiento al plantel o al sitio de trabajo.

**EN LO LEGAL**

La estructura de la familia en Ecuador se fundamenta en las disposiciones establecidas en nuestra Constitución, el Código Civil, la Ley Orgánica de Protección del Niño y del Adolescente, la Ley de Adopción y otras normativas pertinentes. La Constitución Nacional establece que el Estado protegerá a la familia como la unidad básica de la sociedad, promoverá el matrimonio y facilitará la organización del patrimonio familiar, permitiendo que cada familia adquiera una vivienda adecuada y saludable.

*Tabla 2.- Tipos de familia en la sociedad moderna. Según su composición*

| | |
|---|---|
| Familia de tres generaciones | En este modelo familiar se observa una estructura de apoyo donde los abuelos continúan contribuyendo a la economía del hogar y participan en las labores familiares. Esta participación les brinda un sentido de importancia; sin embargo, si se les excluye, pueden experimentar rechazo y sentirse sin propósito. |
| Familia acordeón | Durante largos períodos, uno de los padres se ausenta del núcleo familiar, dejando a la madre como la principal responsable del hogar, aunque no se le reconozca como proveedora económica, asume la carga financiera y la responsabilidad de cuidar a los hijos. |
| Familia soporte | En esta dinámica familiar, se otorga autoridad a los hijos mayores. Esto genera un desgaste en la madre, ya que su rol nunca puede ser constante. Se confía la responsabilidad de cuidar a los hermanos menores a los hijos mayores |
| Familia de padres divorciados o separados | En esta familia, los padres viven separados y rechazan la idea de convivir juntos, aunque aún deben desempeñar su función de padres frente a sus hijos, incluso si están distanciados geográficamente. |
| Familias ensambladas | Se refiere a familias formadas por adultos que han pasado por un divorcio o separación, y en las cuales conviven tanto los hijos menores como los adolescentes de ambos progenitores |
| Familia del niño con madrastra o padrastro | En esta familia, es posible que haya habido un divorcio previo. Sin embargo, uno o ambos padres pueden volver a casarse o formar una nueva pareja. Sin embargo, si el niño tiene más de cuatro o más de 21 años, puede surgir una situación difícil. La introducción de esta nueva relación llevará a toda la familia a un proceso de integración, que requiere un compromiso total con la igualdad para todos o una posición periférica, que debe ser acordada antes del matrimonio. Los hijos pueden expresar una demanda del padre biológico. El padre biológico puede enfrentar conflictos de lealtad, especialmente cuando los roles no están claros. |

| | |
|---|---|
| Familia nuclear | En este modelo familiar, la unidad fundamental está formada por el esposo, la esposa y los hijos, quienes pueden ser descendientes biológicos de la pareja o miembros adoptados por la familia. |
| Familia monoparental | Las familias monoparentales suelen surgir a raíz del divorcio o la separación de la pareja, la viudez o la soltería. En la mayoría de los casos, estas familias están formadas por la madre y los hijos |
| Familia homoparental | Es aquella constituida por parejas del mismo sexo u homosexuales. |
| Familia amalgamada | Encuentran su felicidad en realizar todas las actividades juntas, lo cual dificulta el proceso de desarrollar una identidad individual. Separarse se percibe como un desaire hacia los demás, ya que comparten todo en todo momento y no hay privacidad. Esta situación puede generar personas inhibidas y ansiosas por temor a la separación, lo que les limita en su libertad individual y los hace sentir inseguros. Desde la perspectiva psicológica, se pueden desarrollar fuertes vínculos de dependencia, comenzando por la madre y extendiéndose a los demás miembros de la familia, creando posiblemente relaciones de tipo incestuoso debido a la fijación del hijo hacia la madre, o viceversa con la hija hacia el padre. |
| Familia adaptiva | Es una familia caracterizada por una comunicación efectiva entre padres e hijos, donde se pueden expresar opiniones y creencias abiertamente. Aunque no está libre de conflictos, estos suelen surgir principalmente de nuevas situaciones en los roles de los miembros de la familia. En este modelo, las responsabilidades de cada miembro se encuentran en constante revisión, junto con el trabajo en las dinámicas familiares. |
| Familia psicosomática | Uno de los integrantes de la familia presenta enfermedades de forma recurrente y utiliza su condición como medio para mantener la unidad familiar. La dinámica familiar parece ser más efectiva cuando alguien está enfermo. Existe un nivel de sobreprotección hacia el miembro afectado por el problema o la discapacidad. |

**TIPOS DE FAMILIA SEGÚN SU DESARROLLO:**

**Familia Arcaica:** La mujer juega el rol de esposa-madre.

**Familia Moderna:** La mujer tiene el rol de esposa-compañera y de esposa-colaboradora.

**Familia tradicional:** Sigue un patrón tradicional de organización familiar, siendo la más difundida en los círculos sociales.

**TIPOS DE FAMILIA SEGÚN SU DEMOGRAFÍA:**

**Familia Rural:**

• El nivel educativo y cultural de la mayoría es bajo por la insuficiencia de centros formativos en las diversas áreas.

•La disponibilidad de servicios médicos, transporte, comunicaciones, entre otros, es limitada.

•Las viviendas predominantes son casas y ranchos.

•El analfabetismo afecta a una parte considerable de la población en cuestión

**Familia Urbana:**

•Se observa un nivel educativo, cultural y económico más elevado.

•Poseen un mayor conocimiento sobre las leyes y regulaciones que afectan a la comunidad.

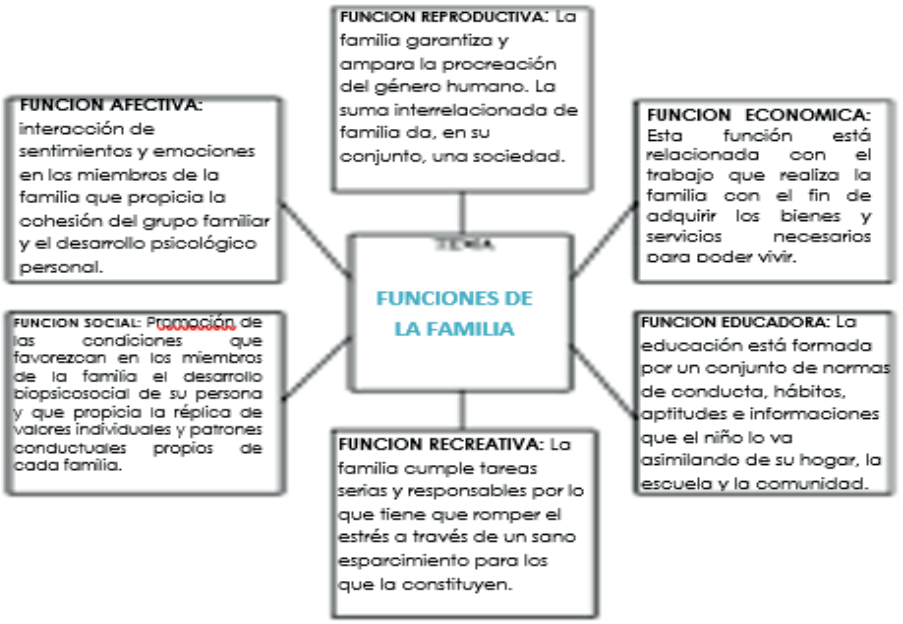
•Tienen acceso a servicios de asistencia, transporte, comunicaciones, entre otros, de mejor calidad.

• Las viviendas predominantes son multifamiliares, casas y edificios.

**Tipos de familia según su tipología:**

•Familia campesina

- Familia obrera
- Familia profesional




## PATRONES FUNCIONALES DE LA DINÁMICA FAMILIAR

El personal de Enfermería debe identificar las inquietudes que requieren soluciones familiares, por lo cual debe realizar una valoración completa de la salud familiar.

**El estado nutricional:** Se puede investigar mejor, a través de un recuento de ingesta dietética de 24 horas o más. Considera el significado que la alimentación tiene para la familia y como se utilizan las comidas para la socialización e interacción familiar.

**Ciclos del sueño, vigilia y reposo**: Son ciclos circadianos que proveen energía para desarrollar las actividades diarias.

**Equilibrio:** Entre el trabajo y el esparcimiento de la familia en la vida diaria hay una existencia de relaciones el cual tiene que ver una cierta forma de esparcimiento y equilibrio en el cual siempre hay una incomodidad para encontrar una estabilidad emocional en cada una de estos aspectos:

ámbito laboral, económico, salud y familiar.

**Actividad física:** La actividad física es una herramienta de estabilidad el cual es un factor importante para tener una vida sana y evitar daños patológicos en integrantes familiares.

**Sexualidad:** las creencias y los valores de una cultura familiar son muy importantes porque de pendiendo de esto se tiene una apropiada información sobre la sexualidad humana lo cual es un patrón muy importante para la naturaleza y salud de la vida.

**Metas educativas:** Los miembros familiares son factores importantes para llevar a cabo una vida sana escolar, lo cual la gente capacitada médica como lo son las enfermeras puede hacer una detección para una valoración física e integración familiar en la salud.



**APRENDIZAJE AUTONOMO** **2** **Introducción a la odontología preventiva**
**Duración: 2 horas**

| Nro. | Trabajo autónomo | Escenario de desarrollo | Breve descripción | Duración | Valoración |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Revisión bibliográfica: La familia como unidad epidemiológica de trabajo | Biblioteca<br>Web | Realizar un mapa mental | 2 horas | 2,50 puntos |



**LECCIÒN 8** **Lección 8: CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA SALUDABLE**

**Familia según Virginia Satir**

"La dinámica familiar a menudo se asemeja a un iceberg, donde solo se vislumbra una pequeña porción de su totalidad: aquella que es visible y audible para todos. Con frecuencia, las personas asumen que esta fracción representa la totalidad de la situación. Sin embargo, algunos sospechan que podría haber más debajo de la superficie, aunque no saben qué es ni cómo descubrirlo."

Se busca desvelar el lado oculto del iceberg mediante el análisis de cuatro aspectos:

**Autoestima: Es** el factor crucial en lo que acontece tanto dentro de las personas como entre ellas, es el concepto del valor individual que cada quien tiene de sí mismo. Esta no se transmite por genes, se aprende en el seno familiar. La olla del niño, durante los primeros cinco o seis años, se forma casi exclusivamente en la familia.

**Persona de olla llena (Alta autoestima)** Evidencia integridad, responsabilidad, compasión, amor, tiene fe en su propia competencia. Solicita la ayuda de los demás porque confía en sus propias decisiones. Al apreciar su propio valor, está dispuesto a valorar y respetar el valor de los demás. Toma los sentimientos de olla baja como lo que son: una crisis momentánea de la cual podrá salir avante. En general, los sentimientos Los aspectos positivos pueden prosperar únicamente en un entorno que valora las diferencias individuales, acepta los errores, fomenta la comunicación abierta y mantiene reglas flexibles, típica atmósfera de una familia nutridora.

**Persona de olla baja o vacía (Baja autoestima)** Piensa que vale poco. Espera ser engañada, humillada, menospreciada. Anticipa lo peor, a menudo atrae y recibe críticas de los demás. Como mecanismo de defensa, se refugia tras una barrera de desconfianza, lo que dificulta su capacidad para percibir, escuchar y razonar con claridad. Como resultado, es más propenso a menospreciar y humillar a los demás

**Baja autoestima y elección de compañero.** En general, una persona de baja autoestima tiene una gran sensación de ansiedad e inseguridad acerca de ella misma. A su vez, posee muchas esperanzas Está preocupado por lo que otros puedan ofrecerle, lo que se combina con grandes temores y una disposición a enfrentar desilusiones y desconfiar de las personas.

En todos los casos, en la familia u otro grupo o en las relaciones interpersonales, el individuo siente y reacciona a la tensión; pero no quiere demostrar "debilidad" e intenta disimularla con las siguientes formas de comunicarse: Aplacando, Culpando, Súper razonando, Distrayendo.

**Aplacando:** de tal forma que la otra persona no se enoje. El aplacador, siempre habla tratando de complacer, disculpándose y siempre estando de acuerdo. Habla como si no pudiera hacer nada por sí mismo y siempre necesitará la aprobación de otros.

**Culpando:** El que culpa es una persona que busca los errores de los demás, es un dictador, un jefe. Adopta una actitud de superioridad que sugiere: "Si no fuera por ti, todo estaría bien.

**Súper Razonando**: El súper razonador es muy correcto, muy razonable, y no demuestra sentir nada. Es tranquilo, frío y ordenado. Se podría equiparar con una computadora o un diccionario. El individuo se siente desconectado emocionalmente, a menudo "frío" y no se involucra en las

situaciones.

**Distrayendo:** Cualquier cosa que diga o haga el irrelevante no tiene nada que ver con lo que otra persona está diciendo o haciendo. El individuo irrelevante evita responder directamente a lo que se le pregunta, en su lugar, parece ignorar lo que otros dicen y plantea una nueva pregunta sobre un tema diferente.

**Las normas:**

Al tratar familias, las primeras u obvias reglas o normas que generalmente salen a relucir guardan relación con:

- Manejar el dinero.
- Lograr el cumplimiento de las tareas domésticas.
- Planificar las necesidades individuales.
- Controlar las infracciones

**Enlace abierto y confiado con la sociedad:** El término sistema pareciera no tener mucha relación con la familia y menos con formar seres humanos. Se le asocia al mundo de la industria o del comercio. No obstante, también implica ser "una fuerza vital dinámica en la vida diaria de la familia". Un sistema abarca diversos aspectos individuales, cada uno crucial y entrelazado con los demás para lograr el resultado deseado. Cada componente actúa como un catalizador para los demás, y la acción, reacción e interacción constantes representan la esencia del concepto de sistema.

**Un sistema activo comprende:**

• Un propósito o meta: en las familias representado por la creación de nuevas personas y propiciar el desarrollo de las ya existentes.

•Elementos esenciales: en las familias, adultos, niños, hombres y mujeres.

• Un orden en el funcionamiento de los elementos: en el sistema familiar, cumplen esa función la autoestima, las reglas y la comunicación.

• Un medio para iniciar el sistema: la unión sexual del hombre y la mujer.

• Fuerzas o medios para mantener la energía y que los elementos puedan funcionar: en nuestro caso, alimento, techo, aire, agua, actividad y creencias sobre la vida intelectual, física, social, y espiritual de los miembros del grupo familiar como un todo.

• Cómo la familia afronta los cambios externos: su respuesta ante lo novedoso y lo desconocido.

**Sistemas abiertos:**

Permiten la posibilidad de cambios, ofrecen opciones y la continuación de su vigencia depende del éxito con que se enfrente la realidad. Sus características principales:

• La autoestima es primordial. El poder y la conducta se condicionan a ella.

• Las acciones son el resultado de la realidad.

• Los cambios son bienvenidos y se consideran normales y deseables.

• Existe una relación entre el sistema, las normas y la comunicación.

**Sistemas cerrados:**

Admiten poco o ningún cambio. Están basadas en edictos, leyes y orden. Por ello, funcionan con la fuerza tanto física como psicológica. Sus características:

• La autoestima es secundaria al poder y la conducta.

• Las acciones están sujetas a los antojos de un jefe.

- Hay resistencia al cambio.

- No existe relación entre el sistema, las normas y la comunicación.

**Diferencias entre familias saludables y enfermas**

En el ámbito familiar hay también núcleos sanos y enfermos a resultas de esta crisis además de la causada por el cambio generacional en la mayoría de las empresas que ya son entre hermanos y por lo tanto se pueden complicar las tensiones entre sus miembros. Por lo anterior la dinámica familiar puede influir positiva o negativamente y está correlacionada con la empresa de estructura familiar. En principio podríamos clasificar a las familias empresarias de dos tipos:

**Familias sanas**. Aquellas donde hay comunicación y unidad, donde se puede buscar consenso y decisiones clave en conjunto. En estas los miembros han logrado crear una estructura para manejo de la empresa que es el Consejo de Administración y se planea un patrimonio personal de todos que esté balanceado y sea suficiente para las vacas flacas. Los adeudos personales son pocos y/o manejables. Y finalmente hay capacidad individual de sus miembros para auxiliar y el deseo y cariño de apoyarse mutuamente en tiempos malos. En resumen un Proyecto Familiar a largo plazo.

**Familias enfermas.** Además de los conflictos psicológicos y de personalidad ya existentes, las familias enfermas están desunidas, cada quien jala para su santo, hay poco o mal balanceado patrimonio personal, altos gastos de vida y derroche y por lo tanto adeudos grandes a corto plazo como tarjetas de créditos, préstamos personales. Si la empresa está también enferma, excuso decirles hacia dónde va esa empresa familiar en poquísimo tiempo.

*Tabla 3.- Familia sana y familia enferma*

| Aspectos a evaluar | Familia sana | Familia enferma |
|---|---|---|
| Aspectos estructurales | Presencia de jerarquización No existen coaliciones ni competencias | Alteración en la jerarquización<br>Reactividad inadecuada |
| Conducta interna familiar o relaciones interpersonales | Actitud flexible<br>Amplio repertorio en las posibilidades conductuales<br>Autoridad parental clara y aceptada<br>Acepta limites | Múltiples problemas<br>Incapacidad de readaptación<br>Disfuncionamiento jerárquico<br>No se reconocen los límites y reglas |
| Vivienda | Espacio físico satisfactorio para la persona y la familia | Espacio físico no adecuado |
| Comunicación | Comunicación clara, concreta y honesta<br>Espontánea de buen humor y receptivo | Se presenta una comunicación deficiente y en algunos casos inexistentes. |
| Hábitos | Alto nivel de autoestima<br>Reglas familiares apropiadas y aplicadas con flexibilidad<br>La relación familiar es abierta y con actitud positiva | Se presenta<br>El amalgamamiento<br>La rigidez<br>La sobreprotección<br>La evitación de conflictos |
| Afecto | Se demuestra por calidez y cariño<br>Aceptación de sentimientos negativos<br>Respeto mutuo, igualdad de valor entre padres | Se presenta de 2 maneras:<br>Amor obsesivo<br>Escasez de amor |
| Conducta de interacción social | No se refuerzan comportamientos indeseables<br>Se fomenta la reciprocidad<br>Comunicación clara | Refuerzo del comportamiento inadecuado<br>Déficit de comunicación |

| | | |
|---|---|---|
| Adaptación | Se logra una adaptación exitosa a los desafíos del desarrollo propio de las etapas del ciclo vital | El grupo familiar no intenta adaptarse al cambio<br><br>Tratan de que el entorno se adapte a ellos. |



**LECCIÒN 9** **LLección 9: VALORACION FAMILIAR**

## INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN FAMILIAR

Apgar familiar:

El APGAR familiar puede utilizarse periódicamente para detectar un problema específico de disfunción familiar. Puede incluirse en la evaluación inicial y también como evaluación a través del tiempo, sobre todo cuando se hace necesario involucrar a la familia en el manejo del paciente El resultado puede ser diferente para cada miembro de la familia, ya que la percepción individual o la situación de cada uno pueden variar.

*Figura 21.- Apgar familiar*

APGAR FAMILIAR

Paciente: C.L.S
Edad: 34 años

**Apgar Familiar**

| Preguntas | Casi nunca (0 puntos) | A veces (1 puntos) | Casi siempre (2 puntos) |
|---|---|---|---|
| ¿Esta satisfecho con la ayuda que recibe de su familia? | | × | |
| ¿Discuten entre ustedes los problemas que tienen en casa? | | × | |
| ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto? | | × | |
| ¿Esta satisfecho/a con el tiempo que su familia y ustedes permanecen juntos? | | × | |
| ¿Siente que su familia lo quiere? | | × | |
| Total (suma de todos los puntos) | 5 puntos | | |

| Categorización | Puntaje | Puntaje obtenido: |
|---|---|---|
| Familias normofuncionales | 7 a 10 puntos | 5 puntos |
| Familias moderadamente disfuncionales | 4 a 6 puntos | |
| Familias gravemente disfuncionales | 0 a 3 puntos | |

**Cuando realizar el APGAR familiar:**

•Pacientes polisintomáticos, con un componente psicosocial de sus dolencias en la ansiedad, depresión.

•En grupos familiares o individuos con enfermedades crónicos.

•Cuando hay una falta de respuesta o una respuesta mínima a los tratamientos sugeridos.

•En casos de algún evento problemático descrito por otros instrumentos

**Test (APGAR familiar)**

•Estoy satisfecho porque puedo buscar ayuda en la familia cuando algo me preocupa.

•Me complace cómo mi familia comparte sus preocupaciones y busca mi consejo.

•Me alegra que mi familia respalde y respeta mis decisiones y cambios en mi vida.

•Me reconforta cómo mi familia expresa su cariño y maneja mis emociones, ya sea en momentos de enojo, tristeza o amor.

•Disfruto del tiempo que pasamos juntos como familia y cómo lo aprovechamos.

•Me agrada recibir el apoyo y la ayuda de mi familia cuando enfrento problemas o tengo necesidades.

•Estoy contento con la participación activa que mi familia tiene en mi vida.

•Me satisface que mi familia anime y apoye mis intereses y nuevas actividades.

•Me alegra cómo mi familia demuestra su afecto y maneja mis emociones, ya sea en momentos de rabia, tristeza o amor.

•Estoy contento con cómo compartimos como familia: el tiempo junto, los espacios en casa y la administración del dinero.

**Puntaje o resultados:**

0: Nunca

1: Casi nunca

2: Algunas veces

3: Casi siempre

4: Siempre

**Resultados**

•18-20 puntos: Buena función familiar

•14-17 puntos: Disfunción familiar leve

•10-13 puntos: Disfunción familiar moderada

•9 o < puntos: Disfunción familiar severa

**FAMILIOGRAMA:** Es un esquema que muestra la composición familiar y proporciona datos sobre la estructura y las interacciones entre sus miembros.

• Es una herramienta creada para analizar el funcionamiento del sistema familiar.

• Ayuda a identificar familias que pueden enfrentar riesgos biológicos, psicológicos o sociales debido a su estructura.

• Retrata características de tres generaciones

• Permite conocer en qué etapa del ciclo familiar se encuentra

• El tipo de familia.

• Los eventos de salud más importantes

- Aspectos relevantes de las interrelaciones entre los miembros

- Ayuda a comprender como un problema clínico puede estar conectado con el contexto familiar

**Que evalúa el familiograma:**

- La composición familiar, Poniendo énfasis en aquellos que residen en la casa.
- Vínculos biológicos y legales.
- Las relaciones afectivas.
- Las preocupaciones de salud o los motivos de defunción
- El tipo de ocupación o datos laborales de importancia

**Cuando hacer el familiograma:**

- En servicios de Medicina Familiar en forma rutinaria.
- En situaciones en que las quejas actuales del paciente pueden estar encubriendo una crisis, disfunción familiar o un componente psicosocial.
- En pacientes crónicos, graves o terminales cuando se requiera el apoyo específico de la familia.
- Siempre que se quiera tener un abordaje integral de la persona que solicita atención en salud.

**SIMBOLOGÍA**

La familia está considerada como un grupo de pertenencia, primario, enlazados mediante parentescos consanguíneos, donde se establecen una serie de lazos afectivos y sentimientos. Se forjan expectativas y se aprenden y afianzan valores, creencias y costumbres. Las fortalezas de

la familia son los recursos internos que pueden ser traducidos en formas concretas mediante las cuales la familia nutre, protege y orienta a sus miembros. La enfermera atiende a los miembros individuales de la familia como unidad y a la familia en el contexto de la comunidad. La salud de la comunidad depende de la salud de sus miembros. Por lo tanto, la enfermera de salud debe de identificar las necesidades comunes entre las familias.

*Figura 22 Simbología del Familigrama*




El mejor instrumento para revelar los patrones familiares intergeneracionales es el genograma de la familia. Se trata de informar a la enfermera de salud comunitaria sobre cómo los patrones de enfermedad multigeneracionales y los altos riesgos de problemas emocionales y de salud pueden afectar a la familia. Con el tiempo, los miembros de la familia desarrollan formas particulares de comunicarse. Se realizan evaluaciones sobre cómo se comunican entre sí los miembros de la familia, así como entre los integrantes y la totalidad de ésta, son aproximaciones importantes para comprender cómo se comunica. La enfermera puede ayudar a los integrantes a comprender que frecuentemente se produce un esfuerzo sano en el momento de asumir y asignar los papeles familiares.

Con el tiempo las personas dentro de la familia desarrollan patrones de comunicación. Las valoraciones de la interacción

entre los integrantes de la familia, así como entre los integrantes y la totalidad de ésta, son aproximaciones importantes para comprender cómo se comunica.



| **APRENDIZAJE AUTONOMO** | **3** | **Valoración familiar**<br>**Duración: 1 hora** |
|---|---|---|

| Nro. | Trabajo autónomo | Escenario de desarrollo | Breve descripción | Duración | Valoración |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Informe de Práctica de laboratorio: Valoración familiar | Biblioteca<br>Web | Realizar el informe de Apgar Familiar | 1 hora | 3 puntos |



**LECCIÒN 10** **Lección 10: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA COMO ESTRATEGIA PARA EL ABORDAJE FAMILIAR**

## EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA COMO ESTRATEGIA PARA EL ABORDAJE A LA FAMILIA EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA



### Objetivos, ventajas y características

El PAE constituye un sistema para planificar y ejecutar los cuidados de enfermería, compuesto por cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

- Valoración: Esta fase inicial del proceso de enfermería implica recopilar y organizar datos relacionados con la persona, la familia y el entorno. Estos datos sirven como base para las decisiones y acciones posteriores de enfermería.

- Diagnóstico: Consiste en formular un juicio o conclusión basado en la valoración de enfermería.

- Planificación: En esta etapa se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados, así como para promover la salud.

- Ejecución: Es la implementación o aplicación de los cuidados planificados. **Evaluación:** consiste en comparar las respuestas de las personas y determinar si se han conseguido

los objetivos establecidos.

Para el *inicio de la aplicación del Proceso de atención de enfermería en la práctica comunitaria,* es necesaria la relación positiva con la familia, la cual va a depender en gran medida de las habilidades del profesional para crear un ambiente que propicie la colaboración, la comprensión y aceptación mutua, es decir, una relación de empatía, que favorezca la asunción conjunta de objetivos y cuidados.

El propósito fundamental del Proceso de Atención de Enfermería es establecer un marco que permita abordar de manera personalizada las necesidades del paciente, así como las de su familia y la comunidad. De igual manera:

•Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.

• Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios

• Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

Para llevar a cabo el proceso de enfermería, se necesita una interacción entre el personal de enfermería y el paciente, junto con la necesidad de poseer una serie de habilidades, como:

•Habilidad técnica (competencia en el uso de herramientas y equipos).

•Competencia intelectual (capacidad para formular planes de cuidado eficaces respaldados por evidencia científica)

•Habilidad interpersonal (saber escuchar, demostrar empatía y recopilar la máxima cantidad de información para realizar una evaluación.

El proceso de atención de enfermería tiene como características, partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo, por lo que lo hace sistemático. Es dinámico, ya que responde a un cambio continuo, y es interactivo, porque está basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera (o) y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.

La visita domiciliaria, así como la clínica de enfermería en el centro asistencial, son momentos propicios para la aplicación de esta herramienta. Enfermería como profesión, debe hacerla ejecutar durante todas las intervenciones y en cualquier ámbito de trabajo, ya que implica, además, una fuente esencial para la investigación acción, y sirve como un instrumento ético - legal, que puede generar o impedir, de acuerdo a su uso y registro, satisfacción o insatisfacción en la práctica diaria del profesional.

**Desarrollo del proceso de atención de enfermería a la unidad familiar**

Como se ha mencionado anteriormente, la familia opera como un sistema abierto y se comporta como una entidad única. Existe una interdependencia entre sus miembros que los hace funcionar como un todo cohesivo. Por lo tanto, los problemas o necesidades de cualquier miembro afectan al grupo familiar en su conjunto, y viceversa; es decir, los cambios en la dinámica familiar impactan en cada uno de sus integrantes de manera individual. Dado que la familia es un sistema abierto, las modificaciones en su entorno inmediato también ejercen influencia sobre el grupo familiar y sus miembros de manera individual. Esto implica que abordar a la familia con un enfoque unitario, significa fundamentalmente trabajar con la unidad familiar como grupo y no sólo como la suma de sus miembros.

**Información necesaria para valorar la familia**

El comportamiento y la forma de vida de la familia, influyen en la salud de todos sus miembros de múltiples formas. Es por esto, que los cuidados de enfermería a la familia en el domicilio, con la aplicación del ***proceso de atención de enfermería***), son esenciales, más cuando no existe la figura de un cuidador. En ocasiones, la existencia de familiares en el domicilio tampoco es garantía para brindar unos cuidados de calidad a las personas que por alguna razón lo necesiten.

Es fundamental la valoración de las características generales e individuales de la familia para determinar la existencia de problemas, qué tipo de ayuda precisan, qué cuidados pueden ejercer sobre cada uno de sus miembros sanos o enfermos. En cada visita, durante la conversación con los cuidadores y el cliente, y por la simple observación, se irán perfilando los datos suficientes para realizar una valoración global de la familia y de cada uno de sus miembros.

**Entre los aspectos a considerar** para la valoración de la familia se encuentran:

- la configuración (edad, número de miembros, parentesco, raza, procedencia)

- el estado de salud (antecedentes familiares e individuales, procesos crónicos y agudos, accidentes, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, presencia de factores de riesgo, vacunación de niños y adultos, cuidados de la boca, hábitos higiénicos, aseo personal, planificación personal, alimentación, ejercicio),

- conocimientos sobre la salud (síntomas, precauciones, cuidados, tratamiento), presencia de animales domésticos (medidas de higiene, control sanitario), estado nutricional (hábitos alimenticios, costumbres y preferencias individuales, peso, talla obesidad, desnutrición),

- hábitos de sueño y descanso (hora de acostarse, levantarse, siesta), actividad, ejercicio y ocio (práctica de

deportes, ocupación del tiempo libre),

• situación económica (miembros que trabajan, profesión, niveles y tipo de estudio, expectativas, ocupación, aporte al hogar, otros ingresos, distribución),

• distribución de responsabilidades (tareas, obligaciones, distribución del trabajo en casa, ayuda externa),

• sistema de valores (importancia de la educación, disciplina, dinero, salud, trabajo, muerte, conflictos, desacuerdos, creencias),

• relaciones familiares (comunicación entre sus miembros, tomo de decisiones, actitud hacia los niños y ancianos),

• patrón de adaptación (factores de estrés, comportamientos, mecanismos de defensa y adaptación),

• medio ambiente (condiciones de la vivienda y alrededores, higiene, habitabilidad, estructura física).

Los objetivos que se persiguen en cuanto a la valoración de la familia son:

• Determinar la influencia de los factores de estrés sobre la familia.

• Detectar los comportamientos o conductas destructivas como respuestas al estrés.

• Identificar la presencia de factores de riesgo de accidentes y enfermedades.

• Observar el grado de autocuidado de la familia.

• Valorar la capacidad, así como la cantidad, y calidad de los cuidados que la familia procura al miembro **de** la familia.

• Conocer sus necesidades sociales y de salud.

Como se señaló anteriormente, la recolección de datos de la familia se inicia antes de ir al domicilio al planificar las

actividades, y luego mientras dure la atención de enfermería. Entre los requisitos que debe cumplir la recolección de datos en la familia están:

- Debe ser ordenada y sistemática: es importante seguir un orden en la valoración para evitar olvidar algún dato. Puede ser, en el caso de los miembros de la familia, siguiendo un orden de cabeza a pies, o por sistemas y aparatos. También pude realizarse por patrones funcionales de salud.

- Con un enfoque holístico en la evaluación: implica tener en cuenta el contexto familiar en relación con su entorno, ajustando su funcionamiento físico y emocional de acuerdo con los factores internos y externos que afectan su bienestar.

- Valoración continuada y permanente: Se alcanza mediante la evaluación del estado de salud en la familia, factores determinantes y evolución de la enfermedad instalada, lo que permite observar la resolución del problema por parte de la familia.

- Basada en técnicas humanas e instrumentales: a través de la observación, comunicación y entrevista (técnicas humanas), y haciendo uso de las manos, instrumentos u objetos simples y aparatos medidores (técnicas de instrumentales).

Por otro lado, es importante en la valoración, la historia de salud del grupo familiar. Es decir, la recolección ordenada y detallada de la situación de salud, enfermedades pasadas y actuales, condiciones, servicios públicos, prácticas sanitarias necesarias para identificar problemas, establecimiento de diagnóstico, posibles alternativas de solución y evaluación de las mismas.

**Igualmente, en la historia de la familia se debe considerar los siguientes aspectos:**

**Biológicos**

- **Heredo familiares**: señalar brevemente cuáles y quiénes

los presentan, su evolución, tratamiento y secuelas. Estos se relacionan con las familias de origen.

• **Patología de importancia:** se señalan los padecimientos que han experimentado los integrantes de la familia en estudio y que han trascendido al grupo por su cronicidad, complicaciones o daños (en todas las esferas) durante el desarrollo familiar. Señalar ampliamente el miembro(s) de la familia afectado(s), evolución, tratamiento, complicaciones y secuelas.

• **Defunciones**: mencionar, causa, fecha, repercusiones en la familia, y si han superado o no, el duelo, además, de cómo lo superaron.

**Psicosociales**

• **Historia de la familia**: Resumir las diferentes etapas del ciclo de vida que la familia ha experimentado, incluyendo los motivos para la unión o matrimonio, aspiraciones, expectativas, acuerdos, empleo, nacimientos, mudanzas, entre otros aspectos relevantes. Identificar los eventos significativos para el grupo familiar y aquellos que el médico considera pertinentes para su análisis. Describir los valores y normas familiares. Evaluar si se han cumplido las expectativas individuales, de pareja y grupales, y en qué medida.

• **Crisis familiares:** relatar las crisis previas que ha sufrido la familia en su desarrollo, como las ha enfrentado y si estas han sido superadas o no.

**Entorno**

• **Valoración de la comunidad**: tipo de comunidad (urbana – rural), datos demográficos, ubicación geográfica, anotando en un croquis la familia que se valorara, aspectos que pueden influir en la salud de la familia, como son, servicios sanitarios con los que cuenta, agua, drenaje, pavimento, alumbrado público, alcantarillado, escuelas, transporte, servicios de

salud, presencia de fauna nociva y doméstica, y comercios entre otros.

- **Características de la vivienda:** material con que está construida, número de habitaciones para dormir y cocina, baños, disponibilidad de agua intra o extra domiciliaria, tipo de combustible que usa, condiciones de iluminación y ventilación, forma de recolección de basura y frecuencia con que se tira, presencia de fauna doméstica y nociva en el hogar.

**Estructura familiar**

**Ficha de identificación de la familia**: La ubicación residencial, los servicios médicos disponibles, la afiliación religiosa y el ingreso mensual son aspectos que pueden proporcionar información sobre los recursos disponibles o la capacidad de satisfacer las necesidades económicas de la familia.

**Composición familiar**: Cantidad de miembros en el núcleo familiar, además de detalles como edad, género, nivel educativo, estado civil y ocupación.

**Interacción familiar**: aspectos culturales que influyen en el modo de vida o en la percepción de la salud familiar. Etapa del ciclo de vida familiar, dinámicas internas, manejo de problemas y estrés. , roles y relaciones intrafamiliares y extra familiares, recreación y esparcimiento de la familia

**Familigrama o genograma**: es el mejor instrumento para revelar los patrones familiares intergeneracionales de la salud.

**Salud familiar**

La evaluación física y el historial personal de cada miembro son aspectos cruciales. Es esencial considerar los antecedentes familiares, ya que proporcionan información inicial sobre posibles riesgos de enfermedades crónicas. Además, los registros de enfermedades anteriores en la familia ofrecen

una visión general de las condiciones médicas más comunes.

En el caso de que algún miembro esté enfermo, es importante registrar el tratamiento actual. Se llevará a cabo una exploración física de todos los integrantes para detectar posibles signos de enfermedad de manera temprana, y se evaluará el historial médico personal, incluyendo el estado de vacunación y las enfermedades prevenibles, por lo que será necesario revisar el esquema de vacunación de acuerdo a su grupo atareó y género, crecimiento y desarrollo en caso de los menores de 10 años, estado nutricional, peso y talla así como IMC y medidas de la cintura en adultos lo que permitirá detectar oportunamente enfermedades como desnutrición u obesidad, actividad física de los integrantes, ejercicio, hábitos nutricionales, y de higiene personal para detectar enfermedades gastrointestinales como la parasitosis intestinal, la salud bucal la valoramos recolectando datos de higiene dental y presencia de caries investigaremos toxicomanías y enfermedades sexuales en caso de que se presente en alguno de ellos.

Es de gran ayuda la toma de signos vitales haciendo énfasis en la tensión arterial, realizar glicemias capilares para detectar a tiempo diabetes mellitus, investigar cuando fue la última vez que la madre se realizó y la Papanicolaou y la autoexploración de mama, el método anticonceptivo que utilizan para el control natal, a los hombres mayores de 50 se les preguntara sobre la presencia de síntomas urinarios sugestivos de alteraciones de la próstata



| APRENDIZAJE AUTONOMO | 4 | Proceso de atención de enfermería como estrategia para abordaje familiar Duración: 2 horas |
|---|---|---|

| Nro. | Trabajo autónomo | Escenario de desarrollo | Breve descripción | Duración | Valoración |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Proceso de atención de enfermería como estrategia para abordaje familiar | Libro NANDA, NOC Y NIC<br><br>Web | Realizar un PAE sobre enfermería como estrategia para abordaje familiar | 2 horas | 2,50 puntos |



| LECCIÒN | 11 | Lección 11: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA COMO ESTRATEGIA PARA EL ABORDAJE FAMILIAR PARTE II |
|---|---|---|

## PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA COMO ESTRATEGIA PARA EL ABORDAJE FAMILIAR PARTE II

**Características de la vivienda con relación a la salud como parte de la valoración de la familia**.

El entorno puede suponer riesgos para la salud individual y familiar. La población urbana se enfrenta con problemas de hacinamiento, ruido, contaminación, pobreza, peligros del tráfico, aislamiento social, aunque suele tener mejor acceso a los servicios de todo tipo. El entorno de la vivienda debe contar con abastecimiento de agua, eliminación de excretas y basuras, desagües, establecimientos comerciales y culturales, servicio de transporte accesibles servicios sanitarios básicos y sociales, sin olvidar los elementos estéticos necesarios para la vida familiar, como los espacios libres con vegetación, y las instalaciones para las actividades recreativas.

La vivienda adecuada debe proteger de la exposición de agentes y vectores de enfermedades transmisibles, disponiendo de:

•Abastecimiento de agua potable para fomentar la higiene doméstica y personal y prevenir la propagación de enfermedades gastrointestinales.

•Eliminación higiénica de excretas para reducir la transmisión feco-oral de enfermedades y la reproducción de insectos vectores.

•Eliminación de basuras domésticas, utilizando métodos apropiados para el almacenamiento y eliminación de los desechos.

• Desagüe para drenar adecuadamente las aguas.

• Miembros de la familia que desarrollen buenos hábitos higiénicos, aseo y orden en la vivienda.

• Características estructurales que protejan de la transmisión de enfermedades, como son: espacio suficiente para los miembros de la familia, suelos con pavimentos, paredes frisadas, ventilación e iluminación.

**Para reducir al mínimo los factores de estrés psicosociales, las viviendas deberían:**

• Contar con suficiente espacio, alumbrado, ventilación, mobiliario y habitáculos que faciliten la intimidad.

• Dan sensación de seguridad personal, reforzadas por las estructuras comunitarias y vecinales.

• Proporcionar espacios para el esparcimiento con los mínimos riesgos de accidentes y enfermedades.

• Estar situadas en forma que reduzcan los ruidos, donde haya zonas verdes y buen acceso a los servicios de la comunidad.

**Durante el proceso de atención domiciliaria, la enfermera o enfermero deberá valorar, en lo que se refiere a la vivienda:**

- Ubicación de la vivienda en el barrio o zona.

- Tipo de vivienda: rural o urbana, bloque de pisos o unifamiliar; propia, alquilada, compartida, en régimen de pensión, etc.

- Aspectos de habitabilidad: instalaciones básicas, como agua servida, servicio de excretas (dentro o fuera de la vivienda), gas de uso doméstico e instalaciones eléctricas.

- Accesibilidad: presencia de barreras arquitectónicas que dificultan el acceso a la calle (escaleras, ausencia de ascensor), y el acceso de unas zonas a otras dentro de la misma vivienda.

- Adecuación de la vivienda a los problemas de salud de la familia: agarraderas de baño, pasamanos en los pasillos y escaleras, iluminación suficiente y accesible a todas las instancias de la casa, salientes de muebles protegidos.

- Existencia de factores de riesgo de enfermedad: higiene deficiente o inadecuada de la vivienda, convivencia con animales sin control sanitario, etc.

- Existencia de factores de riesgo de accidentes: botiquín accesible a cualquier miembro de la familia, productos de limpieza accesibles o no adecuados, objetos deslizantes en el piso, pisos encerados, entre otros.

**Identificación de problemas: diagnósticos enfermeros.**

Una vez recolectada la información, los datos son analizados con el objeto de identificar los principales problemas y necesidades de salud del grupo familiar, y poder restablecer las pautas de trabajo del profesional de enfermería.

El diagnóstico enfermero es la explicación del estado de salud del grupo familiar, en este caso, resultado del proceso

de identificación de problemas que deben ser tratados por el profesional de enfermería.

Para la enfermera o enfermero del área comunitaria que trabaja, tanto en un centro de salud o con grupos organizados, así como en el domicilio, la clasificación diagnóstica debe ser la misma tanto para la actividad domiciliaria como para el conjunto de atención de enfermería.

**Aspectos importantes**

En este sentido, la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA 2001), ha propuesto varios sistemas de clasificación o taxonomías diagnósticas. Entre ellas están las de:

- Intercambio
- Comunicación
- Relaciones
- Valores
- Elección
- Movimiento
- Percepción
- Conocimiento
- Sentimiento/sensaciones

En cada una de estas taxonomías se encuentran los enunciados diagnósticos. Cada uno de los enunciados se clasifica en tres partes:

- Problema o respuesta humana
- Causa o etiología o factor relacionado o contributario
- Los signos o síntomas

La respuesta humana describe los problemas que las enfermeras o enfermeros han identificado por la valoración y análisis de los datos, y definen además, los problemas que tratan dentro de su campo. Algunas categorías o etiquetas son de esta índole, es decir, no son problemas sino aspectos positivos y se les conoce como diagnósticos positivos o de bienestar. Identifica el modo en que el paciente, familia o comunidad responde ante un problema de salud determinado, respuesta que no siempre es la misma ante la misma situación o problema de salud.

La causa o la etiología o el factor relacionado o contributario, pueden reflejar no sólo respuestas fisiológicas sino también elementos espirituales, psicosociales, situacionales o de desarrollo, que se encuentran explícita o implícitamente dentro de la situación y que se puede utilizar como el factor que contribuye a que el problema se presente.

Identifican los factores fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales o espirituales, que se cree son los causantes o que contribuyen a la respuesta manifestada por el paciente la familia o la comunidad. (Carpenito, 1995)

Una misma respuesta humana puede relacionarse con varios factores contributarios. Al relacionarlos se recomienda el uso de las palabras ***relacionado con (R/c)***, puesto que no está expresando una relación directa causa-efecto. Refleja la relación entre la primera y la segunda parte del diagnóstico.

Los ***signos y síntomas*** constituyen la tercera parte y son las características que definen el enunciado diagnóstico. Estos signos y síntomas se unen a los factores relacionados con las palabras ***evidenciado por (E/p)***

La formulación de un diagnóstico de enfermería requiere de ciertas normas:

- El diagnóstico debe expresar una respuesta humana y no una necesidad.

• Debe escribirse con términos apropiados desde el punto de vista legal.

• Debe estar escrito evitando juicios de valor.

•Utilizar los términos "*relacionado con...*" en lugar de "*debido a...*" o "*causado por...*".

•Debe estar ordenado (problema, factor relacionado, signos y síntomas).

•Evitar que las dos primeras partes signifiquen lo mismo.

•Exponer el diagnóstico de forma clara y concisa.

Los diagnósticos enfermeros reflejan una situación actual positiva o un problema real o potencial. El ***diagnóstico real o actual,*** es aquel que se llega tras la valoración y confirmación de los signos y síntomas, identificándose o no los factores etiológicos. Mientras que el ***diagnóstico potencial,*** es aquel que se establece sin que se confirmen los signos y síntomas principales, pero sí los factores de riesgo etiológicos. Cuando el diagnóstico es potencial, se comienza anotando "*Riesgo de.....relacionado con el/los factores*".



**APRENDIZAJE AUTONOMO** **5** **Proceso de atención de enfermería como estrategia para abordaje familiar II**

| Nro. | Trabajo autónomo | Escenario de desarrollo | Breve descripción | Duración | Valoración |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Informe de Práctica de laboratorio: Proceso de atención de enfermería como estrategia para abordaje familiar II | Biblioteca<br>Web | Realizar el informe de Apgar familiar | 2 horas | 3,50 puntos |




## Autoevaluación

**1. Escriba la diferencia entre familia saludable y no saludable**

2. ¿Se considera usted una persona de olla llena o de olla vacía y por qué?

3 Unidad

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD





LECCIÒN 12

**Lección 12: MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD INTERCULTURAL, FAMILIAR Y COMUNITARIO MAIS-FCI**

GENERALIDADES

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

### Definición

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) es un conjunto integrado de estrategias, normativas, procedimientos, herramientas y recursos que, al complementarse entre sí, organiza el Sistema Nacional de Salud para abordar las necesidades de salud de individuos, familias y comunidades, lo que permite la atención integral en todos los niveles de la red de salud.

En este sentido, el MAIS-FCI establece la forma en que los actores de los sectores público y privado, los miembros de la red de servicios de salud y la comunidad interactúan entre sí para realizar acciones coordinadas que aborden de manera integral las necesidades o problemas de salud de la comunidad, contribuyendo así a mejorar su calidad de vida.

### Integralidad en el Sistema Nacional de Salud

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

salud de manera consciente y sistemática. Por consiguiente, la Atención Integral a la Salud de las personas y/o grupos poblacionales son todas las acciones realizadas por el Estado y la Sociedad Civil de manera concertada y negociada tendientes a garantizar que las personas, las familias y que las poblaciones se mantengan en buen estado de salud y, en caso de enfermedad, se recuperen rápidamente con el objetivo de minimizar el riesgo de discapacidad o muerte.

**Integralidad a nivel territorial**: El Modelo de Atención MAIS-FCI se enfocará en abordar las necesidades específicas de las comunidades locales, teniendo en cuenta el perfil epidemiológico y las particularidades y requerimientos de los distintos grupos poblacionales en función de su ciclo de vida, pertenencia étnica, relaciones de género, estratificación social, la realidad local de cada zona y distrito por lo que deberán revisar sus objetivos y metas en función de intervenciones que den respuesta a las necesidades de la población e integrar las acciones a través de los servicios, para lograr la horizontalidad y convergencia de programas.

La integración debe dar como resultado una atención continua a las usuarias (os) por medio de una red con organización y tecnología apropiada, jerarquizada para prestar atención racionalizada A los pacientes se les asigna una atención de acuerdo con la complejidad médica y tecnológica de su problema de salud y su correspondiente tratamiento

**Integralidad en la atención:** Dejar atrás los programas enfocados en una sola área y adoptar un enfoque integrado que tenga en cuenta las necesidades y particularidades de la población en distintas etapas de la vida.

**Atención Integral a la población**: Es dirigir los esfuerzos con acciones sistemáticas y coordinadas con enfoque intercultural, generacional y de género, que persiga la reducción, neutralización o eliminación de los factores (presentes o

potenciales) que incrementan el riesgo de enfermar y morir.

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

**MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR**

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

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

Integralidad en la participación de la comunidad:

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

Este enfoque integrador busca establecer áreas de gestión y autogestión, en las cuales tanto los grupos sociales como los

profesionales de la salud participen activamente, concerté sobre los procesos de identificación de problemas, el establecimiento de prioridades y la búsqueda de soluciones.

Para ello, se debe establecer de manera sistemática en los niveles del sistema la relación servicio de salud-población, mediante:

• La participación de las comunidades en la planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud.

• El apoyo a la conformación y/o fortalecimiento de grupos u organizaciones comunitarias vinculadas con el cuidado

• Fortalecer los procesos de capacitación tanto a nivel comunitario como institucional, así como el fortalecimiento de conocimientos y experiencia en temas de participación y comunicación social, igual que en promoción, prevención y atención de las dificultades de salud.

• El establecimiento de mecanismos de referencia y contra referencia que incluya como puntos de partida y de llegada a la comunidad.

Al respecto se debe trabajar conjuntamente con la comunidad en la conformación de redes que vigilen el flujo de la atención desde la comunidad, pasando por las unidades de salud, hasta su regreso a la localidad de origen.

• La creación y/o fortalecimiento de las redes de vigilancia epidemiológica comunitaria que constituyan elementos operativos indispensables para potenciar la atención que se brinde a la población.

• Integralidad en la gestión institucional

El Nivel Central brindará apoyo para fortalecer las capacidades técnicas de las Zonas, Distritos y Circuitos, con el objetivo de pasar de una estructura organizativa vertical a una horizontal e integrar las acciones según las necesidades

y problemas específicos de la población.

Las Zonas, Distritos y Circuitos deben estructurar sus servicios teniendo en cuenta las necesidades prioritarias de salud y los recursos disponibles, implementando acciones integrales de atención que abarquen la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, con el propósito de satisfacer las necesidades de los usuarios en los tres niveles de atención del sistema de salud.

**Propósito del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural**

Dirigir la colaboración entre los diversos actores del Sistema Nacional de Salud para garantizar los derechos en materia de salud y alcanzar las metas establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir. Esto se logra al mejorar las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana mediante la implementación del Modelo Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), basado en los principios de la Estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada. Se busca así cambiar el enfoque médico biologicista por un enfoque integral en salud que se centre en el cuidado y la recuperación de la salud a nivel individual, familiar y comunitario, reconociendo este derecho como humano fundamental.

**Objetivo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural**

Unir y fortalecer la implementación de la Estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) en todos los niveles de atención, redirigiendo los servicios de salud hacia la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. También se busca mejorar el proceso de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos para garantizar una atención integral y de alta calidad que respete profundamente a las personas en su diversidad y contexto, con especial énfasis

en la participación activa de los grupos sociales organizados.

**Objetivos estratégicos para el fortalecimiento del Modelo de Atención Integral de Salud**

**Objetivos Estratégicos del Modelo de Atención Integral de Salud**

•Cambiar el enfoque tradicional centrado en la curación de enfermedades y en el individuo hacia un enfoque más amplio que promueva la salud y el bienestar, basado en la Estrategia de Atención Primaria de Salud (APS). Esto implica fortalecer y coordinar las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, tanto a nivel individual como comunitario, asegurando una respuesta efectiva y continua en el proceso de recuperación de la salud, rehabilitación y cuidados paliativos, con consideración a aspectos interculturales, generacionales y de género.

• Mejorar el acceso a los servicios de salud en las comunidades, reduciendo las barreras y disminuyendo las desigualdades. Se busca fortalecer la capacidad de resolución de los servicios de salud de primer y segundo nivel, organizando el sistema de manera que el primer nivel de atención sea la principal puerta de entrada al sistema de salud, mientras que los hospitales funcionen como complemento según su capacidad resolutiva.

• Reforzar la estructura organizativa de los establecimientos de salud en una Red Pública integral y ampliar la oferta de servicios mediante la creación de redes zonales y distritales, en línea con la nueva estructura descentralizada de gestión del sector social. Esto implica una mejor coordinación entre los diferentes niveles de atención y el fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia para garantizar la continuidad de la atención médica.

La Constitución Ecuatoriana desde una visión integral de la salud, establece los principios que deben orientar la

estructuración e implementación del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS): igualdad, equidad, calidad; universalidad, progresividad, interculturalidad, solidaridad, suficiencia, bioética, y no discriminación, con enfoque de género y generacional.

La excelencia en la asistencia de servicios en los tres niveles con talento humano capacitado, motivados y comprometido; garantizando el cumplimiento de estándares de calidad en la atención y gestión; la aplicación de las normas, protocolos terapéuticos y guías de manejo clínico por ciclos de vida y niveles de atención establecidos por la ASN; implementación de procesos sistemáticos de auditoría, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas; así como la implementación de un sistema de control de la garantía de la calidad de los servicios que incorpore la percepción de las y los usuarios.

En el primer y segundo nivel se incorpora especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y Técnicos de Atención Primaria de Salud.

•Implementación del Sistema Integrado de Telecomunicaciones y el Sistema Único de Información para fortalecer los procesos de atención, gestión y toma de decisiones, así como la asesoría, apoyo diagnóstico en línea y los procesos de educación continua.

• Impulsar la participación plena de la comunidad y de los colectivos organizados, generando estrategias y mecanismos organizativos y comunicacionales que faciliten el involucramiento de la población en los procesos de información, planificación, implementación y seguimiento de las acciones de salud, evaluación, veeduría y control social. El sentido de la participación es facilitar el ejercicio de derechos y responsabilidades en salud, que los individuos, las familias, la comunidad y los grupos organizados se constituyan en SUJETOS ACTIVOS de la construcción y cuidado de la salud.

• La vigilancia epidemiológica y la anexión de experiencias innovadoras y eficaces como la epidemiologia comunitaria que contribuyen a integrar activamente a la población con un sentido de corresponsabilidad en la identificación, análisis y acción frente a las principales condiciones de salud de la comunidad y por otro lado a democratizar el acceso a la información.

• Mejorar la planificación y la colaboración intersectorial para abordar los determinantes de la salud, promoviendo una acción coordinada y sinérgica para el desarrollo completo de las comunidades y la mejora de la calidad de vida y las condiciones de salud de la población. El enfoque intersectorial ayuda a alcanzar indicadores de impacto social significativos.

**Principios del Modelo de Atención Integral de Salud**

• **Garantía de los derechos de las y los ciudadanos** y la corresponsabilidad en el cumplimiento de los deberes hacia los otros, sus comunidades y la sociedad. La garantía de derechos implica generar condiciones para el progreso de una vida saludable y el acceso generalizado a servicios de atención médica integrales, integrados y de calidad, a través de mecanismos de organización, provisión, gestión y financiamiento adecuados y suficientes para cubrir a toda la población, eliminando las barreras de acceso a la salud.

• **Universalidad:** Se refiere a asegurar que todas las personas que viven en el país tengan las mismas oportunidades de recibir atención médica integral, sin importar su nacionalidad, etnia, lugar de residencia, género, nivel educativo, ocupación o ingresos. Esto implica coordinar y hacer funcionar la Red Pública Integral de Salud y redes complementarias para garantizar que todos tengan acceso a servicios médicos de alta calidad.

• **Integralidad:** Desde una perspectiva amplia que considera tanto aspectos biológicos como psicosociales de

la salud individual y comunitaria, se aborda tanto los riesgos y condiciones que afectan la salud como la identificación y el fortalecimiento de los factores que la protegen. Esto implica coordinar acciones que abarcan la promoción, la prevención, la recuperación, la rehabilitación y los cuidados paliativos para las personas, las familias y las comunidades, así como su entorno. Se promueve la interrelación y la complementariedad entre diversas actividades sectoriales, comunitarias y sistemas médicos, incluyendo la medicina formal, las medicinas ancestrales y las alternativas.

• **Equidad:** Consiste en la eliminación de disparidades injustas en el estado de salud, el acceso a la atención médica y entornos saludables, así como en el trato justo en el sistema de salud y otros servicios sociales. La equidad es esencial para el desarrollo de las capacidades individuales, las libertades y el ejercicio de los derechos.

• **Continuidad:** Implica el seguimiento constante del estado de salud de las personas y las familias, así como el control de los riesgos y factores determinantes para la salud y su entorno. Además, implica brindar atención durante cualquier episodio de enfermedad específica hasta su resolución o rehabilitación.

• **Participativo:** Se refiere a la creación de mecanismos que fomenten la participación activa de las personas y las comunidades en la toma de decisiones sobre las prioridades de intervención, la asignación y el uso de recursos, y en la promoción de una cultura de corresponsabilidad y autocuidado.

• **Desconcentrado:** Se trata de la transferencia de competencias de una entidad administrativa del nivel nacional a otra de nivel jerárquicamente inferior (nivel zonal, distrital, local), siendo la primera la responsable de mantener la rectoría y garantizar la calidad y el cumplimiento adecuado.

• **Eficiente, eficaz y de calidad:** Se refiere a la optimización y uso racional de los recursos, dirigidos a satisfacer las necesidades de las personas, especialmente de los grupos poblacionales más vulnerables o en situación de riesgo. La eficiencia del gasto implica la implementación de mecanismos y procedimientos que garanticen un uso adecuado y un rendimiento óptimo de los recursos disponibles.

• **Cambio en la relación médico-paciente:** Se busca transformar la relación tradicional entre la comunidad y la institución de salud, centrándola en la relación entre el equipo de salud y la persona como sujeto de derechos o ciudadano.

• **Orientación hacia resultados de impacto social:** Se enfoca en la gestión y atención centradas no solo en los resultados institucionales, sino principalmente en los resultados que tienen un impacto significativo en la calidad de vida de la población.

*Figura 23 Niveles de atención de salud*

| NIVELES DE ATENCIÓN, NIVELES DE COMPLEJIDAD, CATEGORIA Y NOMBRES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD | | | |
|---|---|---|---|
| **NIVELES DE ATENCIÓN** | **CATEGORIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD** | **CATEGORIA DE ESTABLE. DE SALUD** | **NOMBRE** |
| Primer nivel de atención | 1* nivel | I-1 | Puesto de salud |
| | 2* nivel | I-2 | Consultorio general |
| | 3* nivel | I-3 | Centro de salud – A |
| | 4* nivel | I-4 | Centro de salud – B |
| | 5* nivel | I-5 | Centro de salud – C |
| Segundo nivel de atención | AMBULATORIO | | |
| | 1* nivel | II-1 | Consultorio de especialidad (es) clínico – quirúrgico médico u odontológico |
| | 2* nivel | II-2 | Centro de especialidad |
| | | II-3 | Centro clínico- quirúrgico ambulatorio (Hospital del Día) |
| | HOSPITALARIO | | |
| | 3*nivel | II-4 | Hospital Básico |
| | 4* nivel | II-5 | Hospital General |
| Tercer nivel de atención | AMBULATORIO | | |
| | 1* nivel | III-1 | Centros especializados |
| | HOSPITALARIO | | |
| | 2* nivel | III-2 | Hospital especializado |
| | 3* nivel | III-3 | H. de Especialidades |
| Cuarto nivel de atención | 1* nivel | IV-1 | Centro de experimentación por registro clínico |
| | 2* nivel | IV-2 | Centro de alta Subespecialidad |



**APRENDIZAJE AUTONOMO** **6** **Modelo de atención integral de salud intercultural, familiar y comunitario MAIS-FCI. Duración: 2 horas**

| Nro. | Trabajo autónomo | Escenario de desarrollo | Breve descripción | Duración | Valoración |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Informe de Práctica de laboratorio: Modelo de atención integral de salud intercultural, familiar y comunitario MAIS-FCI | Biblioteca<br><br>Web | Modelo de atención integral de salud | 2 horas | 3,50 puntos |



**LECCIÒN 13**

**Lección 13: MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD INTERCULTURAL, FAMILIAR Y COMUNITARIO MAIS- IFC PARTE II**

*Figura 24 Fragmentación del Sector en Salud*

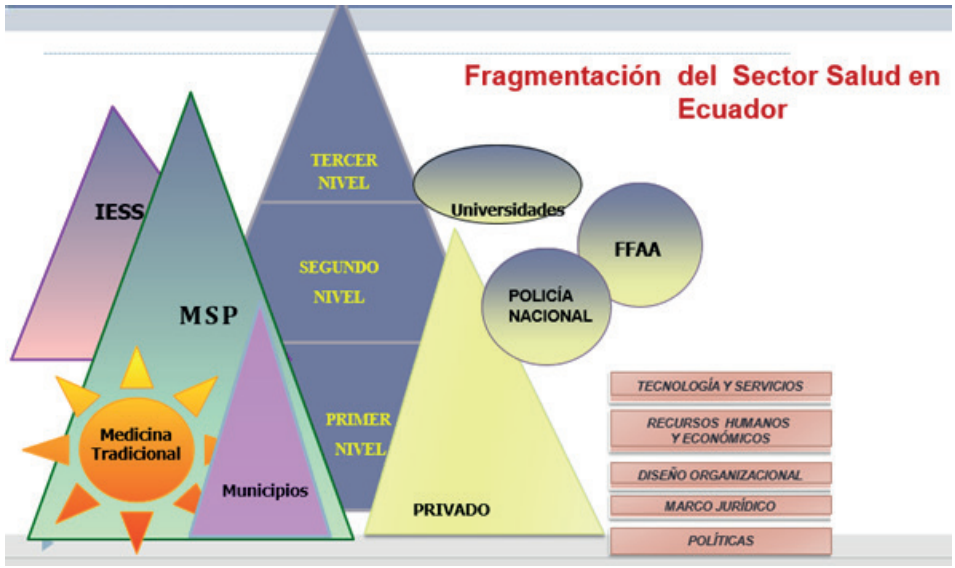



*Figura 25 Niveles de desconcentración*

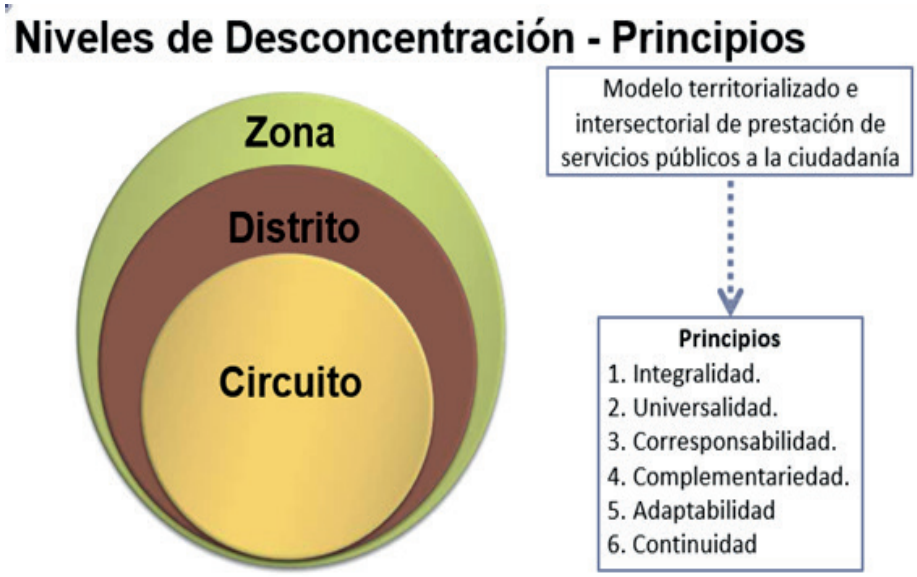


Figura 26 Modelos de atención

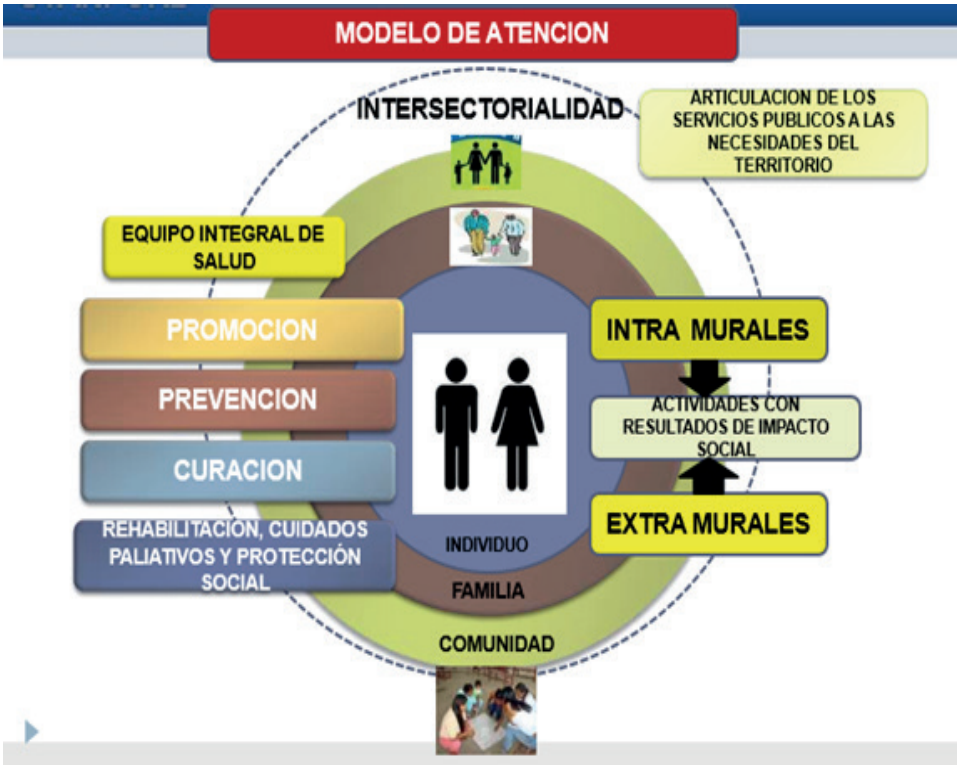
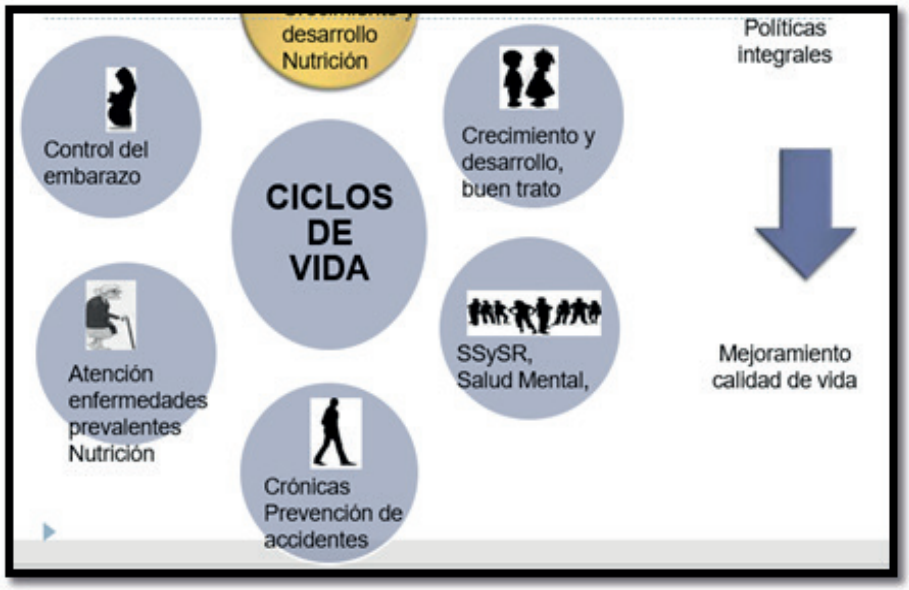



Figura 27 Ciclos de vida



| LECCIÒN | 14 | Lección 14: PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR |
|---|---|---|

*Figura 28 Objetivos del Buen Vivir*




| APRENDIZAJE AUTONOMO | 7 | Plan Nacional del Buen Vivir |
|---|---|---|

| Nro. | Trabajo autónomo | Escenario de desarrollo | Breve descripción | Duración | Valoración |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Plan Nacional del Buen Vivir | Biblioteca Web | Realizar una maqueta sobre Los objetivos del plan Nacional del Buen vivir | 3 horas | 2,50 puntos |



| LECCIÒN | 15 | LLección 15: DESARROLLO DEL MILEMIUN |
|---|---|---|

*Figura 29 Objetivos del Desarrollo Milemiun*






| APRENDIZAJE AUTONOMO | 8 | Objetivos del Desarrollo del Milenio |
|---|---|---|

| Nro. | Trabajo autónomo | Escenario de desarrollo | Breve descripción | Duración | Valoración |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Objetivos del Desarrollo del Milenio | Biblioteca<br>Web | Realizar una maqueta de los objetivos del desarrollo del milenio | 3 horas | 2,50 puntos |



## LECCIÒN 16

**Lección 16: COMPONENTES DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL- MAIS-FCI.**

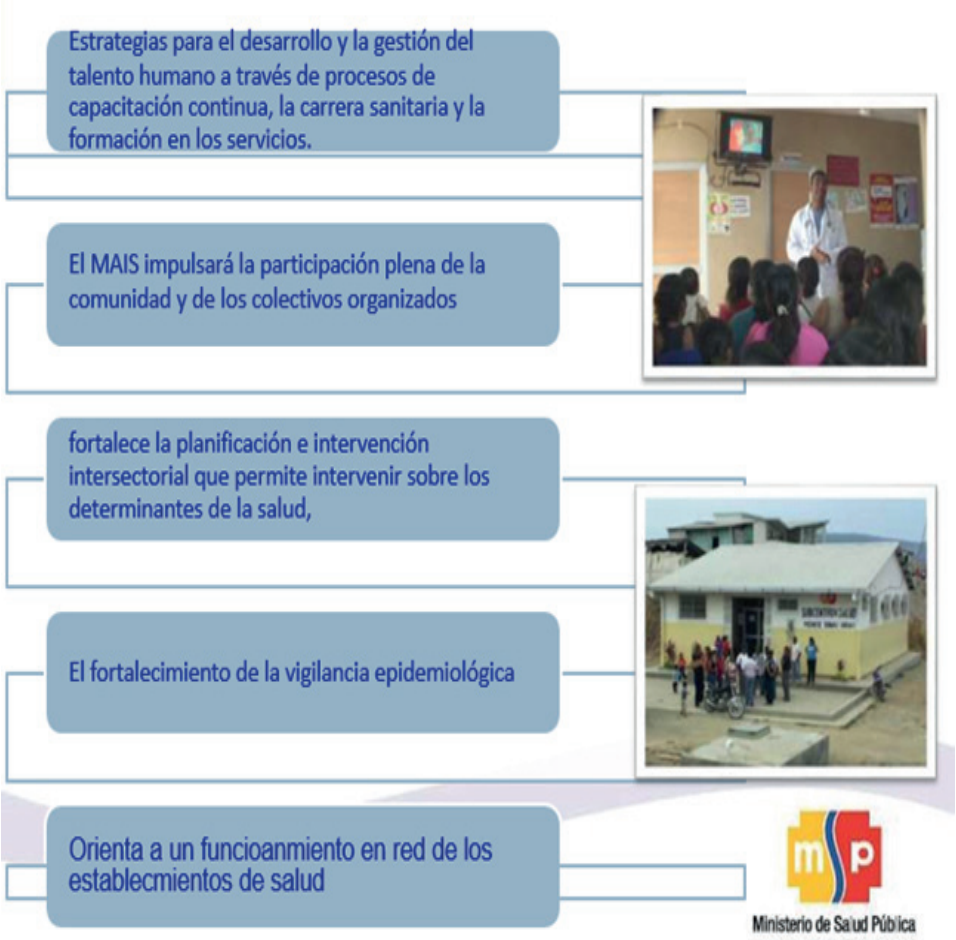





## LECCIÒN 17

**Lección 17: COMPONENTES DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL- MAIS-FCI. PARTE II**








**LECCIÒN 18** **Lección 18: COMPONENTES DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL- MAIS-FCI. PARTE III**

## COMPONENTES DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL- MAIS-FCI.

En el país, el Sistema Nacional de Salud se caracterizó por su fragmentación, centralización y falta de coordinación en la prestación de servicios de salud. Prevaleció un enfoque biologicista y curativo en la atención médica, con un énfasis en la enfermedad y la hospitalización, junto con programas

de salud pública verticales que limitaban la posibilidad de una atención integral y coordinada para la población. Las políticas anteriores a este proceso de orientación neoliberal acentuaron estas características y debilitaron la institucionalidad pública de salud, reduciendo la capacidad de control y regulación de la autoridad sanitaria.

Esto resultó en un aumento de la inequidad en el acceso a los servicios de salud para los grupos poblacionales en situación de pobreza y extrema pobreza. Se observaron barreras significativas en términos geográficos, culturales y económicos, lo que provocó que el gasto directo de bolsillo representara casi el 50% de las economías de las familias ecuatorianas.

En la actualidad, el Ministerio de Salud Pública de Ecuador, como autoridad sanitaria nacional, está llevando a cabo cambios estructurales en el sector de la salud en el contexto de la Revolución Ciudadana, impulsada por el Gobierno Nacional desde 2007. En marzo de ese año, el presidente Rafael Correa declaró un estado de emergencia en el sector de la salud que duró 10 meses, y asignó fondos adicionales por valor de 255 millones de dólares para mejorar la infraestructura y el equipamiento de 1861 centros de salud y 127 hospitales públicos, además de contratar a 4500 trabajadores adicionales. Para abordar, al menos parcialmente, la segmentación preexistente en el sector público, el presidente ha insistido en la integración de las redes de prestación de servicios del Ministerio de Salud y el sistema de Seguridad Social.



| APRENDIZAJE AUTONOMO | 9 | Modelo de atención integral de salud intercultural, familiar y comunitario MAIS-FCI II. |
|---|---|---|

| Nro. | Trabajo autónomo | Escenario de desarrollo | Breve descripción | Duración | Valoración |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Modelo de atención integral de salud intercultural, familiar y comunitario MAIS-FCI II | Biblioteca<br>Web | Realizar una ficha familiar de acuerdo a los integrantes de su familia | 2 horas | 2,50 puntos |



## Autoevaluación

1. ¿Qué significa MAIS?

- Modelo de Atención Integral en Salud
- Modelo de Acción Integral en Salud
- Marco de Atención Integral en Salud

2. ¿Qué entidades participan dentro del MAIS?

- Públicas y privadas
- Públicas
- Privadas
- Ninguna de las anteriores

# 4 Unidad

## PROGRAMAS DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA





**LECCIÒN 19** — **Lección 19: PROGRAMA DE CONTROL DE LOS DESÓRDENES POR DEFICIENCIA DE YODO (DDI):**

### PROGRAMA DE CONTROL DE DESORDENES POR DEFICIENDIA DE YODO

En la Coordinación Zonal 9 del Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública se desarrolló reunión para revisar el Programa de Control de Desórdenes por Deficiencia de Yodo organizada por el Ministerio de Salud Pública MSP.

**Objetivo**

Garantizar la salud de la población frente a los Desórdenes por Deficiencia de Yodo (DDI) mediante la garantía de calidad de la sal destinada al consumo humano, en línea con las directrices establecidas en la guía de gestión de programas para abordar los DDI publicada por la OMS/OPS, ICCIDD y el UNICEF.

**Normas de Control del Programa**

• Nivel de yodo en la sal de expendio:>15 ppm en el 99% de las muestras recolectadas (OMS).

• Nivel de Yodurias con una mediana entre 100- 200 µg/l (OMS).

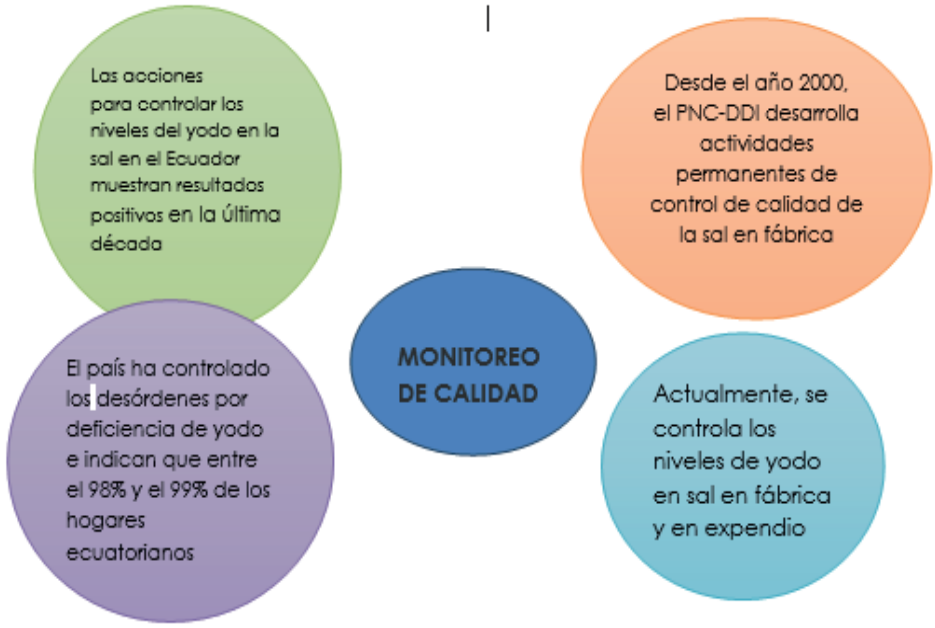
•Supervisión epidemiológica dinámica a través de encuestas sobre el consumo de sal yodada (con más del 99% de consumo), siguiendo las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

• Monitoreo en puntos de vigilancia prioritarios (lugares con alta incidencia de desórdenes por deficiencia de yodo).

• Supervisión en puntos críticos (áreas donde, debido a su ubicación geográfica o situación económica, el consumo de sal yodada no está garantizado).

• Campañas educativas y de concienciación sobre la importancia del consumo de sal yodada

**MONITOREO DE CALIDAD**




**YODURIAS**

Según la OMS, la población objetivo de la vigilancia por DDY lo constituyen los escolares, las gestantes y los neonatos. Los niños en edades comprendidas entre los 6 y los 12 años son identificados como un grupo vulnerable, y se ha observado una mayor incidencia de bocio en aquellos cuyas edades oscilan entre los 8 y los 10 años. El indicador más utilizado para monitorear la ingesta de yodo es la yoduria, debido a que más del 90% del yodo consumido se excreta en la orina.



LECCIÒN 20 Lección 20: PROGRAMA AMPLIO DE IMNIZACIONES

## PROGRAMA APMPLIADO DE INMUNIZACIONES

El Programa Ampliado de Inmunizaciones ha estado dirigido a la población general con enfoque familiar, es esencialmente preventivo, de acceso universal y brinda atención a los usuarios con calidad técnica, calidez y en forma gratuita.

Para cumplir con este compromiso, el Ministerio de Salud Pública venía garantizando el abastecimiento de vacunas e insumos en cantidades suficientes y oportunas que son adquiridas a través del Fondo Rotatorio de la OPS/OMS y ENFARMA, disponiendo de Centros de Acopio (banco de vacunas), en los niveles desconcentrados y ambientes adecuados en donde el personal de Salud ha cumplido estrictamente normas de cadena de frío tanto en el almacenamiento como en la distribución y administración de las vacunas.

El Programa de Inmunizaciones del MSP ha sido el responsable de la gerencia y operacionalización de las actividades relacionadas con la garantía de la vacunación a la población en todos los niveles.

## CADENA DE FRIO

**Definición:** La cadena de frío se refiere a un conjunto de reglas y prácticas diseñadas para garantizar el adecuado almacenamiento y transporte de vacunas desde los centros nacionales hasta los locales de salud. Esta cadena opera a través de una red de equipos de refrigeración que mantienen las vacunas a las temperaturas óptimas, preservando así su eficacia.

**NIVELES**

1. Central: Equipado con dispositivos de refrigeración y/o congelación que mantienen las temperaturas adecuadas, durante extensos periodos de tiempo.

2.Regional: Localizados en los departamentos o provincias.

3.Local: Hospitales, centros y subcentros de salud.

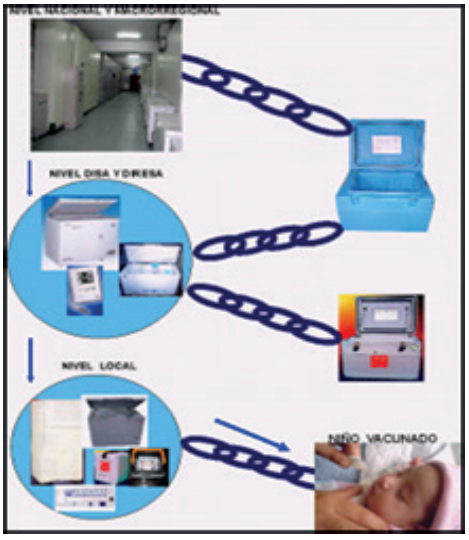
**ELEMENTOS DE LA CADENA DE FRIO**

• RECURSO HUMANO: Supervisa las actividades y maneja las vacunas.

• RECURSO MATERIAL: Necesario para conservar y distribuir las vacunas.

•RECURSO ECONÓMICO: Necesario para garantizar el funcionamiento adecuado de los recursos.

*Figura 30 Niveles de cadena de frio*




**Autonomía Frigorífica**

Es el tiempo útil que brinda el equipo de refrigeración (cámaras frigoríficas para vacunas, refrigeradoras ice lined, refrigeradoras solares), en mantener temperaturas entre +2°C

y +8°C; ante una interrupción del suministro de energía o falla del equipo.

**Caja Transportadora**

Elemento térmico para transportar vacunas en adecuadas condiciones de conservación y temperatura, indispensable para el envío a los establecimientos de salud en volúmenes mayores.

**Las unidades portátiles de refrigeradores o congeladores de vacunas** son más recomendables, ya que emplean un sistema de regulación de temperatura integrado, controlado por termostato, para mantener condiciones adecuadas de temperatura y no es necesario utilizar métodos de empaques para mantener las temperaturas adecuadas.



**APRENDIZAJE AUTONOMO** **5** **Programa ampliado de inmunizaciones.**

| Nro. | Trabajo autónomo | Escenario de desarrollo | Breve descripción | Duración | Valoración |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Revisión bibliográfica: | Biblioteca<br>Web | Realice un mapa mental sobre la cadena de frío | 2 horas | 2,50 puntos |



**LECCIÒN 21**

**Lección 21: PROGRAMA AMPLIO DE INMUNIZACIONES PAI Y LA UTILIZACION DE UN APLICATIVO MOVIL PARTE II**

## HISTORIA

Durante los últimos 27 años, el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) ha desempeñado un papel activo en la erradicación de ciertas enfermedades prevenibles mediante vacunación, así como en la efectiva prevención y control de otras. Su objetivo principal ha sido garantizar el acceso universal a los servicios de inmunización para todos los ciudadanos ecuatorianos, a lo largo de todos los niveles de atención médica. Para lograr este propósito, ha sido necesario implementar y mantener estrategias respaldadas por conocimientos y técnicas actualizados, con el compromiso de todos los profesionales de la salud a nivel nacional.

Estas estrategias se basan en las directrices de políticas que buscan mejorar la calidad de vida y la equidad en la salud de la población ecuatoriana, incluyendo el Plan Nacional para el Buen Vivir, el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS/FCI) y los principios del Plan de Acción Global de Vacunas.

## COBERTURA

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) representa una colaboración global entre países, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y otros organismos internacionales comprometidos en promover la cobertura universal de vacunación. Su objetivo principal es reducir las tasas de mortalidad y morbilidad asociadas con enfermedades prevenibles mediante vacunación.

Se tomará en consideración la población a ser vacunada en los diversos grupos de edad y las coberturas alcanzadas

en el último año, sean estos provinciales, por área de salud y por unidades operativas.

## VACUNAS EN ESQUEMA NIÑEZ

Las inmunizaciones o vacunas son esenciales. Protegen contra enfermedades como el sarampión, paperas, rubéola, hepatitis B, polio, tétanos, difteria y tos ferina. Las vacunas son importantes tanto para los adultos como para los niños.

*Figura 31 Vacunas en la Niñez*





**Grupo familiar**

**RECIÉN NACIDO**

| Vacunas | Previene contra | Edad de administración | Número de dosis |
|---|---|---|---|
| Hepatitis B | Hepatitis B | Primeras 24 horas de nacido | 1 dosis |
| BCG | Tuberculosis | <28 días | |

**< 1 AÑO**

| Vacunas | Previene contra | Edad de administración | Número de dosis |
|---|---|---|---|
| Rotavirus | Diarrea severa por rotavirus | 2 y 4 meses | 2 dosis |
| Pentavalente | Difteria<br>Tosferina<br>Tétanos<br>Hepatitis B<br>Meningitis por Haemophilus influenzae tipo B | 2, 4 y 6 meses | 3 dosis |
| Polio inactiva | Poliomielitis | 2 y 4 meses | 2 dosis |
| Polio oral | Poliomielitis | 6 meses | 1 dosis |
| Neumo 13 valente | Meningitis por neumococos | 2 y 4 meses | 2 dosis |
| Influenza estacional | Influenza estacional | 6 y 7 meses | 2 dosis |



**APRENDIZAJE AUTONOMO** **6** **Medio bucal, equilibrio y modificaciones.**

| Nro. | Trabajo autónomo | Escenario de desarrollo | Breve descripción | Duración | Valoración |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Informe de Práctica de laboratorio: Programa ampliado de inmunizaciones parte II | Biblioteca<br>Web | Realizar el informe de prácticas de vacunas | 2 horas | 2 puntos |

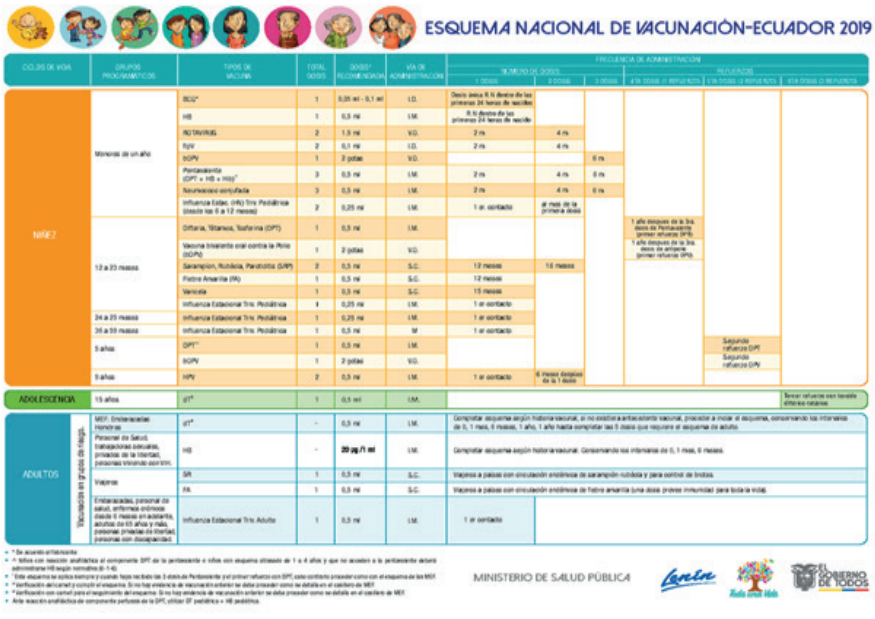


# LECCIÒN 22

## Lección 22: PROGRAMA AMPLIO DE INMUNIZACIONES PAI PARTE III




*Figura 32 Esquema de vacunas*





**APRENDIZAJE AUTONOMO** **10** **Programa ampliado de inmunizaciones parte III**

| Nro. | Trabajo autónomo | Escenario de desarrollo | Breve descripción | Duración | Valoración |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Informe de Práctica de laboratorio: Programa ampliado de inmunizaciones parte III | Biblioteca Web | Realizar el informe de prácticas de vacunas | 2 horas | 2 puntos |



**LECCIÒN** **23** **Lección 23: PROGRAMA AMPLIO DE INMUNIZACIONES PAI PARTE IV**

| Esquema de Vacunación adolescentes y adultos | | |
|---|---|---|
| **Vacuna** | **Enfermedad que previene** | **Edad** |
| **Td** | Tétanos, difteria | A partir de los 15 años de edad y cada 10 años. |
| **SR** | Sarampión, rubeola | Adolescentes de ≥11 años de edad, que no cuenten con dos dosis de SRP o SR. |
| **Antihepatitis B** | Hepatitis B | Adolescentes de 11 años de edad que no cuenten con el antecedente vacunal. |
| **VPH** | Infección por Virus del Papiloma Humano | Niñas en 5º grado de primaria o de 11 años de edad no escolarizadas. |
| **Tdpa** | Tétanos, difteria, tos ferina | Embarazadas de la semana 20 a 32 de gestación. |
| **Antiinfluenza** | Influenza | Población de 19 a 59 años de edad considerada con factores de riesgo. Toda la población a partir de los 60 años. |
| **Antineumocócica polivalente** | Infecciones por neumococo | Población de 60 a 64 años con factores de riesgo. Toda la población de 65 años de edad. |



| APRENDIZAJE AUTONOMO | 11 | Programa ampliado de inmunizaciones parte IV |
|---|---|---|

| Nro. | Trabajo autónomo | Escenario de desarrollo | Breve descripción | Duración | Valoración |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Informe de Práctica de laboratorio: Programa ampliado de inmunizaciones parte IV | Biblioteca<br>Web | Realizar el informe de prácticas de vacunas | 2 horas | 2 puntos |



| LECCIÒN | 24 | Lección 24: MANEJO DE DESECHOS EN EL VACUNATORIO |
|---|---|---|

## LINEAMIENTOS GENERALES

• Usar el EPP correspondiente o necesario para ejecutar las fases de vacunación en condiciones seguras.

• Manejar los desechos sanitarios con un mínimo de manipulación.

• No separar la aguja del cuerpo de la jeringa con la mano, a fin de evitar accidentes laborales (pinchazos); únicamente se podrá separar la aguja si el recipiente para desechos cortopunzantes cuenta con dispositivo de separación.

Evitar volver a tapar la aguja después de su uso.

• En el caso de que el personal sanitario sufra una punción accidental durante la administración de la vacuna, se debe informar de manera obligatoria e inmediata el accidente laboral según lo estipulado en la legislación vigente.

• Contar con un desinfectante viricida adecuado para manejar cualquier derrame que pueda ocurrir en los distintos lugares donde se aplique la vacuna.

**Gestión interna**

• Para la gestión interna de los desechos generados durante las campañas de vacunación, se seguirán las pautas establecidas en el "Manual de gestión interna de residuos y desechos producidos en establecimientos de salud", oficializado con Acuerdo Ministerial No. 00036 y publicado con Registro Oficial No. 64, de 17 de septiembre de 2019.

• Disponer de recipientes y fundas correctamente etiquetadas, acorde a lo que establece el manual en mención.

• A fin de prevenir el mal uso del vial de la vacuna con y sin residuo y con base a sus características, se lo deberá disponer en recipientes resistente a la perforación y al impacto, para evitar su rotura y posibles accidentes En el caso de que el envase vacío no haya sido devuelto al productor o distribuidor de la vacuna, se debe almacenar y entregar al Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal o Metropolitano, o al gestor ambiental autorizado correspondiente, según lo establecido en el Artículo 231 del Código Orgánico del Ambiente y el Artículo 564 del Reglamento al Código Orgánico del Ambiente, asegurar su correcta gestión externa (recolección, transporte, eliminación y disposición final).

• La aguja y el cuerpo de la jeringa utilizado en la aplicación de vacuna, se deberá disponer directamente en los recipientes para desechos corto-punzantes, cumpliendo con las especificaciones establecidas en el manual.

• Las torundas de algodón o pads de alcohol, así como el equipo de protección personal (EPP) desechable, después de su utilización, deben tratarse como desechos biológicos infecciosos.

Los envases de las jeringas deben ser tratados como desechos comunes.

En los puntos de vacunación, el almacenamiento final de los desechos debe ser exclusivo para este propósito, con acceso restringido, cubierto y claramente señalizado.



| APRENDIZAJE AUTONOMO | 12 | Programa ampliado de inmunizaciones parte IV |
|---|---|---|

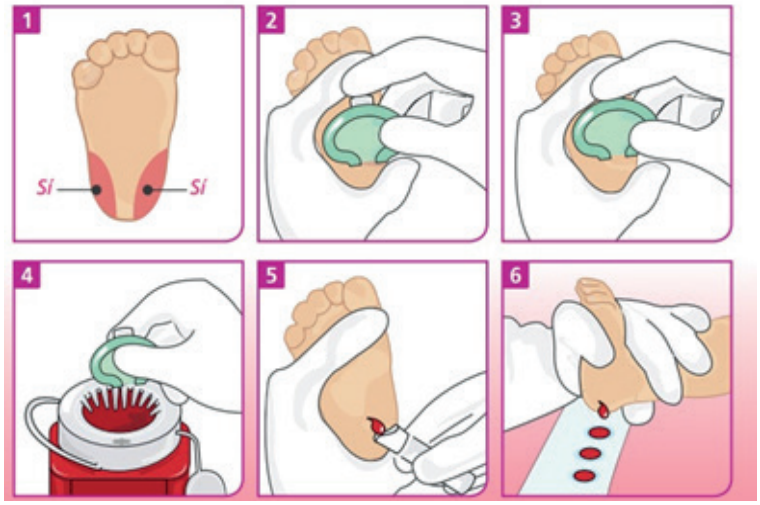
| Nro. | Trabajo autónomo | Escenario de desarrollo | Breve descripción | Duración | Valoración |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Exposición: Manejo de desechos del vacunatorio | Biblioteca<br>Web | Realice la exposición con los temas asignados sobre el manejo de desechos | 2 horas | 3 puntos |



| LECCIÒN | 25 | Lección 25: TAMIZAJE NEONATAL |
|---|---|---|

El Tamiz neonatal es una evaluación diseñada para identificar posibles enfermedades metabólicas que pueden causar anemia y que son detectables en las primeras horas después del nacimiento. Estas enfermedades incluyen la fenilcetonuria, el hipotiroidismo congénito, la fibrosis quística del páncreas y trastornos en la producción de la hormona de las glándulas suprarrenales debido a la incapacidad para procesar ciertas enzimas.

*Figure 33.- Tamizaje neonatal*




Los siguientes pasos le guiarán para obtener una muestra adecuada:

1. Complete la Tarjeta Guthrie con todos los datos requeridos, asegurándose de no omitir ningún campo.

2. Caliente la zona de punción utilizando una de las siguientes técnicas:

• Realizando fricción.

• Colocando una manta previamente calentada a 37 °C sobre la zona.

• Asegurándose de que el bebé esté bien abrigado antes del procedimiento.

3. Localice la zona de punción en el talón del bebé.

4. Limpie la zona de punción utilizando una torunda humedecida con alcohol etílico, asegurándose de que no esté demasiado empapada ni goteando. Evite el uso de yodo y seque la zona con una torunda de algodón seca.

5. Realice la punción de manera rápida y precisa utilizando

una lanceta estéril. Mantenga presionada la zona de punción durante 3 segundos y luego retire la lanceta.

6. Sostenga firmemente el pie del bebé sin ejercer presión sobre la zona de punción. En caso de presionar accidentalmente, suspenda la recolección y repita el procedimiento.

7. Elimine la primera gota de sangre utilizando una torunda seca o papel absorbente una vez que aparezca.

8. Espere a que se forme una gota de sangre lo suficientemente grande como para llenar el círculo impreso en la tarjeta Guthrie. Asegúrese de que la gota de sangre llene completamente el círculo impreso y aplíquela únicamente en el lado impreso de la tarjeta. Solo debe aplicarse una gota en cada círculo y es necesario llenar todos los círculos.

9. Evite que la piel del talón entre en contacto directo con el papel filtro de la tarjeta.

10. En caso de que la gota de sangre deje de fluir, realice una ligera presión o masaje a unos 2 cm del área de la punción para estimular el flujo sanguíneo.



**APRENDIZAJE AUTONOMO** **13** **Programa ampliado de inmunizaciones parte IV**

| Nro. | Trabajo autónomo | Escenario de desarrollo | Breve descripción | Duración | Valoración |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Informe de Práctica de laboratorio: Llenado del tarjetero y su utilización en a APP | Biblioteca<br>Web | Llenado del tarjetero | 2 horas | 2 puntos |



# LECCIÒN 26 SISTEMA DE TAMIZAJE NEONATAL

El Programa de Tamizaje Metabólico Neonatal es una iniciativa del Ministerio de Salud Pública de Ecuador que tiene como objetivo prevenir la discapacidad intelectual y la mortalidad temprana en los recién nacidos a través de la detección precoz y el manejo de trastornos metabólicos.

Nuestro compromiso es garantizar la salud y el bienestar de los niños y niñas mediante la identificación temprana de los errores congénitos del metabolismo, asegurando un tratamiento integral y oportuno, superando las metas establecidas, con un servicio de calidad y manejando los recursos de manera honesta, reafirmamos nuestro compromiso con el bienestar y crecimiento de quienes conformamos este equipo.

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)

El proyecto fue iniciado en Ecuador el 2 de diciembre de 2011, tras un extenso proceso de selección en colaboración con Cuba, mediante un convenio entre el Ministerio de Salud Pública de Ecuador y Tecno Suma Internacional, una entidad con más de 27 años de experiencia en trastornos congénitos del metabolismo y que ha sido utilizada en países como Venezuela, México, Brasil, Argentina y Colombia, y ahora también en nuestro país.

La cobertura a nivel nacional abarca 1.885 unidades operativas de salud, de las cuales 1.881 son del Ministerio de Salud Pública, 1 pertenece al hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) en Ambato, 2 son administradas por la Junta de Beneficencia de Guayaquil y 1 es de carácter privado en la ciudad de Cuenca.



| APRENDIZAJE AUTONOMO | 14 | Sistema de tamizaje neonatal. |
|---|---|---|

| Nro. | Trabajo autónomo | Escenario de desarrollo | Breve descripción | Duración | Valoración |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | • Informe de Práctica de laboratorio: Sistema de tamizaje neonatal | Biblioteca<br><br>Web | • Tamizaje Neonatal<br>• Realice la cartilla de tamizaje Neonatal con sus respectivas muestras | 4 horas | 2 puntos<br><br>2,50 puntos |



| LECCIÒN | 27 | Lección 27: ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE Y DEL NIÑO ESSAMYN |
|---|---|---|

**Qué es la Normativa ESAMyN**

La Normativa sanitaria para la Certificación de Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño se implementa con el objetivo de reducir la mortalidad y morbilidad materna y neonatal mediante la atención adecuada a la gestante, el parto humanizado y el apoyo, protección y promoción de la lactancia materna. Aunque

el cumplimiento de los criterios establecidos en esta normativa conduce a la Certificación de las unidades como "Amigas de la Madre y del Niño", todas las instalaciones sanitarias que atienden partos, ya sean públicas o privadas, independientemente de su interés en obtener la certificación, deben cumplir con los artículos relacionados con el parto, puerperio y lactancia materna.

Esta normativa establece directrices para la atención de la madre y el recién nacido que aseguren un comienzo de vida óptimo, garantizando calidad, calidez, continuidad, pertinencia e integralidad, y asegurando el cumplimiento de los principios constitucionales y del Modelo de Atención Integral.

Los objetivos específicos de la normativa son:

1. Mejorar la calidad e integralidad de la atención pre-natal,

2. promover el parto humanizado y la adecuada atención del recién nacido,

3. Mejorar la calidad de la atención de las urgencias obstétricas y neonatales.,

4. prevenir la transmisión vertical del VIH y sífilis,

5. fomentar, apoyar y proteger la lactancia materna,

Aunque la atención inadecuada a la maternidad no puede considerarse el único responsable de las bajas tasas de lactancia materna exclusiva, la atención adecuada puede ser un requisito previo para incrementarlas. Por ejemplo, garantizar la lactancia en la primera hora, aumenta significativamente las probabilidades de mantener la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes y esto beneficia a corto y largo plazo a la población en general. Son incontables los beneficios tanto para la madre como para el hijo, y es responsabilidad ética del personal de salud respaldar esta práctica.

**METAS**

• Garantizar que los centros de salud pertenecientes al Ministerio de Salud Pública adopten y pongan en práctica la Normativa Sanitaria para Establecimientos Amigos de la Madre y del Niño.

• Asegurar que el 35 % de los establecimientos de salud que incluyen la atención de partos en sus servicios estén listos para iniciar el proceso de certificación como Establecimientos Amigos de la Madre y del Niño.



## Autoevaluación

1. ¿Para qué sirve la cadena de frío?

• Sirve de transporte, almacenamiento y manipulación de las vacunas.

• Para mantener las vacunas en temperatura adecuada y no se dañen.

• Todas las anteriores

**2. Responda. ¿Para qué sirve el tamizaje neonatal y a qué edad del bebé se usa?**

5 Unidad

PROMOCION DE LA SALUD





LECCIÒN 28

Lección 28: PROMOCION DE LA SALUD EN AMERICA LATINA

## PROMOCIÓN DE SALUD EN AMÉRICA LATINA



La singularidad de la situación de salud en América Latina está estrechamente vinculada a su historia, cultura y procesos de desarrollo. A pesar de la diversidad de sus naciones, existen bases compartidas y desafíos comunes. Al ingresar al siglo XXI, América Latina enfrenta un conjunto de características epidemiológicas, donde los estilos de vida y los comportamientos sociales juegan un papel crucial. La pobreza y la inequidad social añaden complejidad al desafío, requiriendo respuestas más elaboradas y globales para lograr un verdadero cambio social.

Muchas de las iniciativas de promoción de la salud implementada en los últimos años, centrada en el nivel individual, no han alcanzado los resultados esperados. Es cada vez más evidente que las estrategias de promoción

de la salud deben adoptar un enfoque social, comunitario y político integral, que garantice el acceso equitativo a intervenciones efectivas en salud.

Unos de los aspectos que ha sido analizado con profundidad en los últimos años se relaciona con la sostenibilidad y pertinencia nutricional del sistema alimentario vigente, aunque el año 2015 culminó un exitoso periodo de reducción del hambre y la malnutrición, pues se alcanzó la meta 1C de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y se disminuyó a la mitad la prevalencia de subalimentación.

En este sentido, en el 2016 la Asamblea General de las Naciones Unidas proclamó el Decenio de Acción sobre la Nutrición 2016-2025, con el objeto de situar a la nutrición en el centro de la Agenda 2030 y promover la cooperación respecto a la seguridad alimentaria y nutricional en todo el mundo.

**RETOS Y PERSPECTIVAS**

*Figura 34 promoción de salud retos y perspectivas*



América Latina y el Caribe se adelantó al resto del mundo, al establecer su propia meta, aún más exigente, mediante la Iniciativa América Latina y el Caribe sin Hambre y el Plan para la Seguridad Alimentaria, la Nutrición y la Erradicación del Hambre de la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños, en la cual los países se comprometieron a erradicar el hambre en el 2025, cinco años antes de la meta acordada

en los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Estas acciones corroboran el impulso que está recibiendo esta área desde la Organización Mundial de la Salud a partir de sus planteamientos de salud para el milenio. El concepto de "promoción de la salud" se ha enriquecido con el de "empoderamiento de la población". Ya no se trata solo de abarcar acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades básicas para la vida de los individuos, sino que para que todo esto pueda darse, hay que implementar medidas directas y eficaces de "empoderamiento de la salud".

No es menos cierto que América Latina ha experimentado mejoramientos sustanciales en la salud y la nutrición, pero aún persisten estructuras de desigualdad que demuestran que los beneficios de la racionalización de la medicina clínica no siempre se han extendido a la salud pública.

La Carta de Ottawa incluye la lucha contra las desigualdades como parte fundamental de su propuesta. No obstante, en numerosas ocasiones, este llamado se ha centrado únicamente en la reducción de la pobreza y la exclusión social, o en contadas ocasiones, en los progresos en el seguimiento de estas medidas de los resultados en salud desagregados por la educación, el territorio y los ingresos. Se ha observado poca actuación en las bases sociales del proceso salud-enfermedad, en las intervenciones necesarias sobre los determinantes sociales o en la génesis misma de las inequidades sociales, que pueden guardar relación con la distribución del poder al tomar decisiones sobre las vidas de las personas y las comunidades. Por ello siguen existiendo retos respecto a la promoción de la equidad en relación con todas las áreas de acción de la Carta de Ottawa.

Después de 30 años de emitida la Carta de Ottawa, la introducción del virus del Zika a América Latina y su calificación como emergencia de salud pública global por parte de la

Organización Mundial de la Salud, a finales de 2015, condujo a reflexionar, una vez más, sobre los pilares de la misiva.

Esta epidemia ha sido reveladora de la necesidad de reafirmar la importancia de los valores y las acciones que impulsa la promoción de la salud. Para ello son necesarias acciones a escala local, donde se consideren los determinantes sociales de la salud y la intersectorialidad, con énfasis en la participación de la población y en la reducción de las desigualdades de acceso a la atención de salud, para lograr una cobertura sanitaria universal.

Si bien en los países latinoamericanos existe una propuesta programática encaminada a resolver problemas específicos de salud, falta incorporar programas que apunten a aquellos factores extrasectoriales que impactan en el nivel de salud de la población, como el cuidado del ambiente, la mejora de la calidad de la vivienda, de la educación, el agua potable, la seguridad alimentaria, entre otros; los que, coordinados de manera adecuada con planes sanitarios, pueden contribuir a fomentar comportamientos y costumbres de prevención y promoción de la salud.



**LECCIÒN 29 Lección 29: VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

## VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

La violencia es un problema permanente que afecta a la sociedad. A lo largo de los años se ha podido evidenciar que está presente en distintas esferas. En este artículo me enfocaré en la violencia intrafamiliar, la misma que considero que se debe tratar con responsabilidad e interés por parte de cada una de las personas que somos integrantes de una sociedad. En la actualidad estamos viviendo una crisis por

la falta de valores en las personas. Eso conlleva a que haya personas que se crean superiores y crean tener el poder sobre las demás personas.

*Figura 35 Violencia intra familiar*



Para una mejor comprensión sobre el tema, la OMS define la violencia como: "La aplicación deliberada de fuerza física, amenazas dirigidas hacia uno mismo, hacia otros individuos, un grupo o una comunidad, con resultados que pueden incluir traumatismos, daño psicológico, dificultades en el desarrollo o incluso la muerte" (2010). El Código Orgánico Integral Penal, en su art. 155 establece: "Se considera violencia toda acción que consista en maltrato, físico, psicológico o sexual ejecutado por un miembro de la familia en contra de la mujer o demás integrantes del núcleo familiar".

En una sociedad civilizada, resulta paradójico observar numerosos casos de violencia intrafamiliar, donde un individuo, considerándose superior a los miembros de su familia, abusa de su posición para perpetrar actos que ocasionan daño físico y psicológico. En distintos hogares de nuestro país, varias familias en algún momento han sufrido por la violencia o están pasando por esos momentos de amargura y desesperación.

Dentro del presente análisis es importante entender la definición de violencia intrafamiliar como "todos aquellos actos violentos, desde el empleo de la fuerza física, hasta el acoso o la intimidación, que se producen en el seno de un hogar".

*Figura 36 Prevención de Violencia*



Hace muchos años se tenía la creencia de que el marido era la autoridad y su esposa estaba subordinada; a ella se le creía inferior por su condición de mujer. Pero se ha dado un cambio radical y en este momento se ha transformado el pensamiento y se puede evidenciar que las personas del sexo femenino hoy han llegado lejos y son integrantes de una sociedad participativa en la que exponen sus ideas y demuestran su talento.

Por la razón antes mencionada vemos cambios en la actualidad, pero la sorpresa que nos indigna es la persistencia y la continuidad de la violencia intrafamiliar en los hogares ecuatorianos. ¿Qué está pasando con las personas? ¿Por qué las víctimas de estos actos degradantes no han sido capaces de denunciar ante las autoridades? Aunque es importante considerar que el hecho de acudir a poner la denuncia no termina con el problema en sí, nos atreveríamos a decir que quizás solo lo calma por una temporada y puede retomarse con fuerza esta lamentable situación.

En nuestro Código Orgánico Integral Penal se tipifica la violencia intrafamiliar, tanto física, psicológica como sexual, estableciendo penas privativas de libertad. Una vez determinada la responsabilidad penal, los victimarios serán sancionados. La solución no está en crear tipos penales ni en agravar las penas en nuestro sistema penal, sino en trabajar

en políticas públicas de prevención de estos problemas.

**Prevención de la Violencia Intrafamiliar**

La violencia intrafamiliar ha sido una preocupación incluso internacional, ante esta problemática se ha creado en 1994, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Convención De Belem Do Para", en donde los Estados condenan todas las formas de violencia contra las mujeres y convienen en adoptar políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar dichas conductas.

El gobierno ecuatoriano, a través del Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 conocido como Plan Toda Una Vida, establece que dará cobertura ante estos problemas de violencia intrafamiliar y aparte plantea la eliminación del femicidio, otra de las consecuencias de la nefasta violencia de género. Así mismo, no podemos negar que habido intervención por parte de distintos actores políticos y sociales para que se promulgue y posteriormente se publique una Ley Orgánica para la Prevención y Erradicación de la Violencia de Género contra las Mujeres. Todo lo que se ha realizado ha dado un aporte significativo, pero faltan acciones sobre todo para prevenir esta violencia intrafamiliar que es un conflicto extremadamente grave y que hiere muchos sentimientos incluso de las personas más vulnerables como son los niños quienes evidencian estos maltratos e incluso son parte de ellos. En los medios de comunicación se ve que muchos de los hijos han sido testigos del femicidio en sus hogares, esto es demasiado triste para nuestra realidad, ¿a dónde queremos llegar con estas conductas?

La prevención es una de las soluciones más acertadas al problema, es necesario tener presente que los agresores en muchos de los casos vienen de hogares en donde alguna vez se produjeron actos violentos entre miembros de la familia, esto conllevó a que en muchos casos se repliquen una vez

que formaron una nueva familia, porque esa persona no fue tratada por un profesional que le ayude a superar esas memorias que alguna vez adquirió a temprana edad.

Estamos frente a una sociedad a la que se le debe inculcar valores, hay que enseñar a los niños que los actos de violencia atentan contra la convivencia pacífica, se puede decir que existe un descuido frente a la temática tanto a nivel familiar como educativo. El diálogo es necesario para tener buenas relaciones y eso se debe enseñar porque contribuye a la paz y a la armonía.

**La ACNUR se refiere al tema de la siguiente manera:**

Los valores humanos comprenden las ideas predominantes en la mayoría de las culturas sobre lo que se considera apropiado o correcto. Estos valores implican situar a la especie humana en una posición de superioridad, sustentada en principios éticos y morales.

Debemos estar seguros que si habría una formación permanente en valores, la situación social cambiaría por completo y comenzaríamos a ver cambios en las estadísticas, esto es un reto al que dándole dedicación se lo podría apreciar de manera significativa. Las personas deben estar conscientes que la violencia produce daño para uno mismo y para quien es la victima de esos actos. Al existir violencia se está menoscabando la dignidad y esto no es aceptable.

**La constitución de la república en el inc. 1 del art. 27 establece:**

La educación se enfocará en el desarrollo integral del ser humano, respetando los derechos humanos, el medio ambiente sostenible y los principios democráticos. Será participativa, obligatoria, intercultural, democrática, inclusiva y diversa, con énfasis en la calidad y el calor humano. Promoverá la equidad de género, la justicia, la solidaridad y la paz; fomentará el pensamiento crítico, el arte y la cultura

física, la iniciativa individual y comunitaria, así como el desarrollo de habilidades y capacidades para la creación y el trabajo.

Ese respeto a los Derechos Humanos debe ser el eje principal en el proceso educativo, las políticas públicas para prevenir, sancionar y erradicar la violencia en general, debe alinearse a valores humanos para poder cambiar la mentalidad de nuestra sociedad, comprometamos a las unidades educativas para que realicen un trabajo en equipo junto a los padres de familia, con el objetivo de inculcar un buen mensaje para niños y adolescentes como los futuros protagonistas de la sociedad.

**Herramientas para combatir la violencia intrafamiliar**

La educación y la cultura siempre serán las mejores herramientas para avanzar como sociedad, necesitamos que se formen excelentes seres humanos que tengan consciencia de sus actos, la violencia deja muchas secuelas y es momento de trabajar para cambiar las cosas. Hoy estamos viviendo una crisis social, las personas desde temprana edad exigen derechos, pero se olvidan que tienen deberes, es imprescindible comenzar a tratar estos temas para dar una solución acertada.

Otro de los puntos que se debe mencionar, es que los medios de comunicación deben ayudar evitando que se difunda programas que inciten a la violencia y actos similares, además se debe controlar el uso de redes sociales las mismas que tienen material positivo y negativo, se debe instruir a los niños sobre el respeto a las personas.

Finalmente es importante establecer que si no hay acción por parte de todas las personas, la violencia intrafamiliar seguirá atentando contra el proyecto de vida de muchas personas quienes seguirán sufriendo por este mal que afecta a la sociedad ecuatoriana además de que algunos hogares

ya se encuentran desintegrados, esto se debe cambiar, el llamado es a todos los ciudadanos porque no solo depende de las autoridades quienes sí deben aumentar su compromiso, no podemos aceptar que siga aumentando las víctimas y esto se convierta en un infierno para los seres más vulnerables quienes aprecian la realidad con sus sentidos y pueden volver a replicar por no haber existido una intervención oportuna. Respetemos los derechos de las personas y fomentemos la armonía en cada uno de nuestros hogares.

Tipos de violencia intrafamiliar Dado que la principal víctima de violencia intrafamiliar es la mujer, consideramos las siguientes definiciones extraídas del Reglamento de Violencia de Pareja.

**Abuso verbal:** consiste en el uso del lenguaje para denigrar, humillar, amenazar o ridiculizar a la pareja.

**Abuso emocional o psicológico:** implica menospreciar, descalificar o imponer ideas autoritarias sobre la pareja, a menudo acompañado de violencia física como forma de control mediante el miedo y la degradación. Incluye intimidación y coerción utilizando terceros.

**Aislamiento:** se refiere al control sobre la vida de la pareja, como sus actividades, tiempo y contacto con otros, a veces prohibiendo el trabajo, llamadas telefónicas o visitas familiares y sociales.

**Abuso económico:** ocurre cuando se controla el acceso de la pareja al dinero y se dicta cómo debe gastarlo.

**Abuso sexual:** comprende todas las conductas que vulneran los derechos sexuales y reproductivos de una persona, como el acoso sexual, la violación o los actos sexuales forzados dentro de la pareja.

**Abuso físico**: implica conductas que causan daño físico a la pareja.

La violencia psicológica se detecta con mayor dificultad. A diferencia de la violencia física, no deja huellas visibles y el agredido tiene que luchar contra la palabra del agresor que suele tachar a la víctima de exagerada o loca, por lo que consideramos que las estadísticas presentan un sub registro sobre este tipo de violencia.

La violencia doméstica, como un problema social, surge en familias cuyas características en su dinámica y estructura las vuelven susceptibles al surgimiento de factores que desencadenan y determinan el ciclo de violencia. Sin embargo, las repercusiones en cada miembro y en el conjunto familiar varían (ya sea de tipo nuclear, monoparental, extensa, etc.).

Tipologías de Familia En el núcleo padre-madre e hijos, donde se cumplen las funciones básicas de reproducción, compromiso y crianza en función de una unidad de residencia, el hogar es proveedor de satisfacciones morales y de la seguridad emocional que no se pueden encontrar en el exterior. "Esta concepción desconoce que la organización no ha sido exclusivamente nuclear a lo largo de la historia y no lo es en la actualidad.

**Consecuencias de la violencia intrafamiliar:**

Es importante abordar no solamente a los protagonistas directos o involucrados del hecho violento por el que se reporta para su judicialización, sino indagar acerca del conjunto de miembros de la familia, identificar los actores pasivos y activos que están involucrados en el proceso de la violencia contra las mujeres tiene efectos directos en sus vidas, pero también en los hogares, en el ámbito laboral, en las comunidades y en la sociedad en su conjunto intrafamiliar y reconocer sus posibles repercusiones y factores de riesgo tanto a nivel individual como familiar.

Ahora bien, de acuerdo con consideraciones consignadas

anteriormente, la mujer es la principal víctima de violencia intrafamiliar por lo que se tratará el impacto de esta problemática sin perder de vista que los niños la sufren también de manera directa e indirecta, así como otros miembros del grupo familiar. En la actualidad existen cifras que permiten conocer también la violencia que se ejerce contra algunos hombres al interior de la dinámica familiar.

Las cifras no permiten precisar la real magnitud de hombres víctimas de este tipo de violencia, ésta se mantiene en el ámbito privado, pues influyen factores sociales, culturales e individuales que hacen al hombre abstenerse de denunciar a su pareja. Así mismo, se hace difícil conocer acerca del tema, porque se entraría en el campo de las contradicciones y polarizaciones, en éstos términos, no es posible vislumbrar esta temática, tampoco explicar cómo se manifiesta la violencia hacia el hombre y cuál es el trasfondo que hay detrás de ello.

Pues son múltiples las razones por las cuales tanto el hombre como la mujer justifican el maltrato y estarían incluidos aspectos como: ingesta de alcohol, prestar atención a cosas triviales como ver televisión, el futbol, cuando el hombre gana menos y afecta el ingreso familiar, mala comunicación con la pareja y finalmente el desconocimiento por parte del hombre acerca de la Ley de violencia intrafamiliar.



| APRENDIZAJE AUTONOMO | 15 | Visión intrafamiliar. |
|---|---|---|

| Nro. | Trabajo autónomo | Escenario de desarrollo | Breve descripción | Duración | Valoración |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Revisión bibliográfica: Visión intrafamiliar | Biblioteca<br>Web | Realice un mapa mental sobre la violencia Intrafamiliar | 2 horas | 2,50 puntos |

**Satisfacción del paciente en la utilización de los servicios**

**de salud**

La satisfacción del paciente es un indicador importante y comúnmente utilizado para medir la calidad de la atención sanitaria. Influye en los resultados clínicos, la retención de los pacientes y las reclamaciones por negligencia médica. Afecta a la prestación oportuna, eficiente y centrada en el paciente.

La satisfacción de los pacientes es, por tanto, un indicador indirecto pero muy eficaz para medir el éxito de los médicos y hospitales.

Beneficios de medir la satisfacción del paciente:

- La satisfacción del paciente conduce a la fidelidad del cliente (paciente).
- Mejora la retención de los pacientes.
- Las organizaciones con una alta fidelidad de pacientes pueden exigir un precio más alto.
- La pérdida de pacientes por insatisfacción genera menos ingresos. De ahí la importancia de aplicar una encuesta de salud para mejorar la experiencia de atención médica.
- El aumento de la moral del personal, al evitar la rotación de empleados, también conduce a un aumento de la productividad.
- Una buena satisfacción del paciente evita el riesgo de demandas por mala praxis.
- Aumento de la satisfacción del personal, cuando los enfermos mejoran



## Autoevaluación

**1. Responda ¿Para qué cree que sirve la promoción de la salud?**

2. ¿Qué haría usted para evitar la violencia intrafamiliar?



# Bibliografía

Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural. Quito, 2012. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf

Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Salud Pública. Rev. Educ Salud. 2001; 1 (1): 19-2. Disponible en: http://webs.uvigo.es/mpsp/rev01-1/Ottawa-01-1. pdf.

Rey, A. y Acosta, N. El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud. Una revisión de literatura. Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2013; 12(25), 28-39. Available from: http:// www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272013000200003&lng=en&tlng=es

Constitución de la República del Ecuador. Registro Oficial 2008 (20 de octubre).

Organización Mundial de la Salud. La atención primaria de la salud, más necesaria que nunca. Rev. cub. salud pública. 2009.

Organización Panamericana de la Salud. Determinantes ambientales y sociales de la salud. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V., con autorización de la OPS. Washington, D.C.: OPS; 2010

Organización Panamericana de la Salud. Determinantes ambientales y sociales de la salud. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V., con autorización de la OPS. Washington, D.C.: OPS; 2010

Salgado, M. Tratados internacionales de derechos humanos en la Constitución ecuatoriana y la Corte Penal Internacional. Universidad Andina Simón Bolívar

Organización Mundial de la Salud. Subsanar las desigualdades en una generación. Informe de la Comisión

sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: OMS; 2008

Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria en Salud, más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008.

El debate determinantes determinación social de la salud: aportes para la renovación de la praxis de la salud pública. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2013

Ministerio de Salud Pública. Visión Intercultural. Quito: Dirección Nacional de interculturalidad, derecho y participación social en salud; 2010.

García MIÁ. La evaluación de la calidad en la atención primaria a la salud. Consideraciones teóricas y metodológicas. Horizonte Sanitario.

https://www.salud.gob.ec/establecimientos-de-salud-amigos-de-la-madre-y-del-nino-esamyn/

Ministerio de Salud Pública. MANEJOR DE DESECHOS

STANFORD

Dirección: Espejo 17-19 y Colombia
Riobamba-Ecuador
Teléfono: 032 947-328
STANFORD


CASA EDITORA DEL POLO