



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

TEMA:

**EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA
EN SALUD A PROFESIONALES DEL HOSPITAL MANGLARALTO Y
PROPUESTA DE UN MODELO DE GESTIÓN DE ENFERMERÍA
COMUNITARIA**

AUTORA:

ZAVALA PANCHANA JEIDDY DALILA

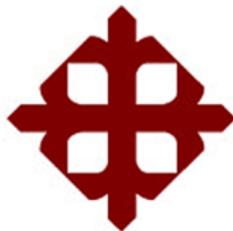
**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE
MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

TUTOR:

DR. FRANCISCO OBANDO FREIRE

Guayaquil – Ecuador

2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la **Lic. Jeiddy Zavala Panchana**, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magister en Gerencia en Servicios de la Salud**.

REVISORAS

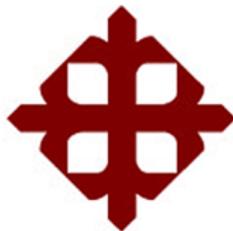
Ing. Elsie Zerda Barreno

Econ. Glenda Gutiérrez Candela

DIRECTORA DEL PROGRAMA

Econ. María del Carmen Lapo Maza

Guayaquil, a los 06 días del mes de Marzo del año 2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Lic. Jeiddy Zavala Panchana

DECLARO QUE:

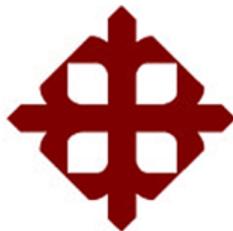
El Proyecto de Investigación, **Evaluación de conocimientos sobre Atención Primaria en Salud a profesionales del Hospital Manglaralto y propuesta de un modelo de gestión de enfermería comunitaria**, previa a la obtención del Grado Académico de Magister en Gerencia en Servicios de la Salud, ha sido desarrollada con base en una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del proyecto de investigación del Grado Académico en mención.

Guayaquil, a los 06 días del mes de Marzo del año 2017

LA AUTORA

Lic. Jeiddy Zavala Panchana



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

AUTORIZACIÓN

Yo, Lic. Jeiddy Zavala Panchana

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución el Proyecto de Investigación, del grado académico de Magister en Gerencia en servicios de la salud titulada: **Evaluación de conocimientos sobre Atención Primaria en Salud a profesionales del Hospital Manglaralto y propuesta de un modelo de gestión de enfermería comunitaria**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 06 días del mes de Marzo del año 2017

LA AUTORA

Lic. Jeiddy Zavala Panchana



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

INFORME DE URKUND

← → Es seguro | <https://secure.orkund.com/view/24636881-995173-961997#FcQxDsIADEXBu2z9hNa79jfOvWAKFAKQZqUilSjpphPe59tudkc2CzMHYskxP9CHRkaaCHgYQXSVGRnTRYkINOUmRSRg1qUk6>

URKUND

Documento: [Tesis - Lic. Jeiddy Zavala.docx](#) (024862847)

Presentado: 2017-01-10 11:30 (-05:00)

Presentado por: jeiddy Zavala@hotmail.com

Recibido: maria.lapo.ucsg@analisis.orkund.com

Mensaje: [Mostrar el mensaje completo](#)

3% de esta aprox. 39 páginas de documentos largos se componen de texto presente en 12 fuentes.

Lista de fuentes Bloques

Categoría	Enlace/nombre de archivo
	http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-1824/01400600004
	http://files.sld.cu/reveducmedica/files/2011/05/26-tesis-ana-teresa-fernandez-vidal.pdf
	http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X/2007000300012
	http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X/200600200012
	http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-9553/2004000100006
	http://repositorio.unt.edu.ec/bitstream/123456789/2270/3/06%20ENF%20529%20ARTICULO%20CIEN...
	http://scielo.tsciii.es/pdf/eg/in18/clinica3.pdf

0 Advertencias. Reiniciar Exportar Compartir

73% #1 Activo Archivo de registro Urkund: UNIVERSIDAD ESTATAL PENINSULA DE SANTA ELENA / PEREZ POZO YOMAIRA.pdf 73%

del Problema ¿Qué incidencia tiene la gestión enfermera en la calidad del servicio del Hospital Manglaralto año 2016? Justificación del Problema

DEL PROBLEMA ¿Qué incidencia tiene la gestión pública en la calidad del servicio del Hospital Manglaralto, área de salud Nº 4 Manglaralto, año 2013? 2.3 SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA ¿

Ecuador es un país de Sudamérica y de la Región andina con un tema de salud preocupante para la sociedad, que a pesar de buscar mejora continua realizando estudios y capacitando a los funcionarios públicos acerca del Modelo de Atención en Salud (MAIS), no cubre la cobertura de Atención Primaria en Salud y no realiza actividades concernientes a enfermería comunitaria (MSP, 2010). En las instituciones de salud es importante brindar información sobre esta temática a los profesionales para que puedan tener una guía o modelo de gestión, a través de esta investigación se pudo deducir que la enfermería comunitaria es el cuidado que las enfermeras pueden brindar a personas específicas o pacientes en dichas residencias ya que muchas personas no se les hace posible movilizarse al centro de salud y así también ayudar a prevenir ciertas enfermedades y contribuir al auto cuidado de los mismos (MSP, 2010). De acuerdo a los resultados que muestra esta investigación existe el compromiso para con la colectividad de crear guías para cuidar al ser humano en todas las etapas de su vida en lo que respecta a promoción y prevención, mediante este proyecto de enfermería comunitaria, se espera capacitar al personal profesional de enfermería y los agentes comunitarios, para que a partir de la aplicación de la estrategia, contribuyan con soluciones y sobre todo colaboren con los pobladores de las comunas vulnerables ya que estas son las más afectadas. Se considera que el desarrollo del proyecto de enfermería comunitaria es especialmente necesario en zonas donde habitan las poblaciones más vulnerables. La participación de programas relacionados con la salud, enfermedades y prevenciones es ignorada por la población ya que no existe la debida motivación ni el debido enfoque (MSP, 2010). El presente trabajo de investigación es de carácter social, administrativo, educativo y asistencial, y tendrá una gran aceptabilidad por parte de los profesionales de enfermería y directivos del Hospital Básico Manglaralto; cabe recalcar que en la actualidad no se han realizado estudios con este tópico dentro de la institución, motivo por el cual se decidió llevar a cabo este trabajo que permite evaluar los conocimientos y elaborar el modelo de gestión de enfermería comunitaria, piloto ejemplo para el resto de las provincias de nuestro país a través del apoyo del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2010).

Preguntas de investigación ¿

Cómo inciden los procesos y acciones en el servicio del Hospital de Manglaralto? • ¿Cómo inciden la organización y estructura administrativa en el logro de objetivos del Hospital?

AGRADECIMIENTO

Agradezco principalmente a Dios por haberme dado la vida, salud y fortaleza, por guiarme en este largo camino, ya que gracias a él he podido enfrentar obstáculos que se presentaron al realizar este proyecto de investigación.

A mi esposo, hijo y familia por el apoyo incondicional que me brindaron en todo momento.

Un agradecimiento muy especial al personal docente de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, al Sistema de Posgrado y al Dr. Francisco Obando, Msc, tutor de proyecto de investigación, por brindarme su apoyo y dejar un hito de mi existencia para el bien de la humanidad.

DEDICATORIA

El presente proyecto de investigación está dedicado a Dios por haberme dado fortaleza para culminar con éxito y por el crecimiento en mi vida profesional; a mi esposo, hijo y familia que me apoyaron incondicionalmente; a los colegas profesionales del Hospital Básico “ Manglaralto ” quienes fueron el motivo y la razón de mi preocupación por un futuro mejor, y aquellos sinceros amigos que de alguna manera me brindaron su apoyo valioso con sus sugerencias, para lograr el éxito dentro de este crecimiento intelectual, alcanzando así lo más profundo de mis aspiraciones.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Introducción	1
Planteamiento del Problema.....	1
Formulación del Problema	3
Objetivos	5
Objetivo General.....	5
Objetivos Específicos	5
Capítulo I.....	6
1.1 Marco Teórico.....	6
1.1.1 Atención primaria de salud (APS)	6
1.1.2 Modelo de atención integral en salud (MAIS).....	14
1.1.3 Enfermería comunitaria.....	35
1.1.4 Proceso de Atención de Enfermería (PAE).....	40
1.2 Marco Conceptual.....	44
1.3 Marco Referencial.....	48
1.3.1 Estados Unidos de América	48
1.3.2 Canadá.....	50
1.3.3 Países Nórdicos	51
Capítulo II	54
2.1 Historia Hospital Manglaralto.....	54
2.1.1 Estrategia Filosófica.....	59
2.1.2 Misión	59
2.1.3 Visión.....	60
2.1.4 Valores	60

2.2	Análisis Organizacional	61
2.2.1	Análisis Externo.....	61
2.2.2	Análisis Interno.....	62
2.2.3	Método de Análisis Situacional	63
2.2.4	F.O.D.A. del Hospital Manglaralto.....	64
2.3	Estructura Administrativa	71
Capítulo III.....		72
3.1	Tipo de estudio.....	72
3.2	Población y muestra.....	72
3.3	Variables a Investigar	73
3.3.1	Esquema de variables.....	73
3.3.2	Operacionalización de las variables	74
3.4.	Técnicas e instrumentos para la obtención de datos.	79
3.5.	Prueba Piloto.....	79
3.6.	Consideraciones Éticas	80
3.7	Procesamiento y Presentación de Información	80
3.8	Talento Humano	80
3.9.	Análisis de los Resultados	81
Capítulo IV.....		97
	Propuesta.....	97
CONCLUSIONES		110
RECOMENDACIONES.....		111
GLOSARIO		112
BIBLIOGRAFÍA		117

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.....	10
Tabla 2.....	12
Tabla 3.....	17
Tabla 4.....	26
Tabla 5.....	28
Tabla 6.....	29
Tabla 7.....	57
Tabla 8.....	64
Tabla 9.....	66
Tabla 10.....	73
Tabla 11.....	75
Tabla 12.....	77
Tabla 13.....	78
Tabla 14.....	103
Tabla 15.....	104
Tabla 16.....	106
Tabla 17.....	107
Tabla 18.....	108
Tabla 19.....	109

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.....	81
Figura 2.....	82
Figura 3.....	83
Figura 4.....	84
Figura 5.....	85
Figura 6.....	86
Figura 7.....	87
Figura 8.....	88
Figura 9.....	89
Figura 10.....	90
Figura 11.....	91
Figura 12.....	92
Figura 13.....	93
Figura 14.....	94
Figura 15.....	95
Figura 16.....	96

RESUMEN

El primer nivel de atención en la salud, en el país, abarca el 80% de la capacidad resolutoria comprendida en lugares como: centros rurales y centros de salud tipo C. El grado de severidad y magnitud de los problemas de salud en este nivel, plantea una mayor atención debido a que existe una oferta de gran tamaño y de baja complejidad de prevención, promoción y curación. Por esto, cabe recalcar que la Atención Primaria en Salud, es el primer nivel de contacto del sistema nacional de salud ante el individuo, familia o comunidad, con un enfoque claro hacia la promoción y prevención en cualquier etapa de la vida. Es por esta razón que el presente trabajo de investigación tiene como objetivo evaluar los conocimientos que poseen los profesionales del Hospital Manglaralto sobre este importante tema. Para aquello, se realizará una evaluación, tomando como referencia global a 127 profesionales de la salud; de los que se ha obtenido una muestra de 40 participantes, quienes son exclusivamente, enfermeras y auxiliares de enfermería. El siguiente estudio es de campo, descriptivo y con un enfoque cuantitativo; se efectuó en el Hospital Manglaralto, donde se pudo conocer con preocupación que los profesionales de la salud tienen conocimientos deficientes con relación al tema. Entre los principales resultados se encontró que el 85% de la población desconoce el significado de lo que es la atención primaria en salud; el 75% tiene conocimientos insuficientes sobre el Modelo de Atención Integral en Salud y, además, expresaron que no recibieron información acerca de enfermería comunitaria. Es por todo lo expuesto que, consideramos que como institución debe tener mucha consideración con estos resultados, para que con asesoría técnica profesional, implementen una capacitación sobre temas básicos de Atención Primaria en Salud (APS), Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) y enfermería Comunitaria.

Palabras Claves: (atención primaria en salud, modelo de atención integral en salud, enfermería comunitaria)

ABSTRACT

The first level of health care, in the country, covers 80% of the capacity for resolution in places such as: rural centers and health centers type C. The degree of severity and magnitude of health problems at this level, Raises more attention because there is a large and low-complexity supply of prevention, promotion and cure. Therefore, it should be stressed that Primary Health Care is the first level of contact of the national health system to the individual, family or community, with a clear focus on promotion and prevention at any stage of life. It is for this reason that the present research work has as objective to evaluate the knowledge that the professionals of the Manglaralto Hospital have on this important subject. For that, an evaluation will be made, taking as a global reference to 127 health professionals; From which a sample of 40 participants were obtained, who are exclusively, nurses and nursing auxiliaries. The following study is field-based, descriptive and with a quantitative approach; was carried out in the Manglaralto Hospital, where it was known with concern that health professionals have poor knowledge regarding the subject. Among the main results, 85% of the population was unaware of the meaning of primary health care; 75% have insufficient knowledge about the Comprehensive Health Care Model and, in addition, expressed that they did not receive information about community nursing. It is for all of the above that, we consider that as an institution must take a lot of consideration with these results, so that with professional technical advice, implement a training on basic topics of Primary Health Care (PHC), Comprehensive Health Care Model (MAIS) And community nursing.

Key words: (primary health care, comprehensive health care model, community nursing)

INTRODUCCIÓN

Planteamiento del Problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la enfermería comunitaria como la disciplina desarrollada por las enfermeras la cual tiene su base en la atención a clientes o pacientes, otorgándoles el cuidado necesario para su recuperación y mediante las cuales se contribuye de manera providencial a fomentar conductas y hábitos que desarrollen el autocuidado como principal factor (OMS, 2010).

En países de América Latina y Caribe existe un déficit de personal de enfermería, lo que crea un problema para que todos los habitantes de todas las regiones tengan acceso y cobertura de salud, esto según expertos de la (OPS/OMS), se conoce que el 80% de las necesidades de atención es cubierto por el personal de enfermería (Gomez, 2015).

En el Ecuador, existe un déficit de personal que realiza actividades de enfermería comunitaria, ocasionando un problema y esta situación se presenta en todas las regiones del país, según estudios realizados en septiembre del 2011 se evaluó –con los datos oficiales del INEC- cómo estaba la relación profesionales de salud y población. Se encontró que el número de enfermeras profesionales y médicos por habitantes llegaba a 1.7 x 1.000 habitantes (Cañarejo, 2013).

En la Península de Santa Elena, el Hospital Manglaralto se ve visitado por cantidades de pacientes con enfermedades propias o generadas por las temporadas de invierno y verano. Se puede anotar tales gripes, dengues, cuadros de

gastroenteritis entre otros. En algunos casos tienen que ser internados en la casa de salud. Esta situación genera de acuerdo a observación aproximadamente 150 pacientes en emergencias y no se cuenta con suficiente personal ni médicos ni enfermeras profesionales para la atención inmediata, consecuentemente reclamos y protestas por la falta de atención. De acuerdo a datos históricos la demanda es creciente del servicio y la extensión geográfica que este hospital cubre es extensa.

De haber una adecuada aplicación de la enfermería comunitaria el sector debería contar con atención y guía preventiva para evitar la concurrencia masiva de pacientes que pudieron ser evitadas de haber recibido la información de manera directa y oportuna por el personal especializado en aspectos determinantes de la salud como : aspectos conductuales relacionados con las costumbres, hábitos comportamientos. Proporcionar directrices sobre factores ambientales como el agua, la tierra y aspectos sociales roles familiares y biológicas como nutrición.

El personal de enfermería con el que cuenta el Hospital de Manglaralto tiene experiencia en los cargos, antigüedad en la institución, pero se denota una apatía en lo que a capacitación sobre los pocos temas relacionados con el desarrollo profesional se refiere. La capacitación relacionada se refiere otros temas médicos mas no sobre atención primaria y Enfermería Comunitaria. Además, este personal no muestra motivación en la participación del trabajo de campo requerida para la atención primaria y por tanto una aplicación efectiva de la Enfermería Comunitaria.

Formulación del Problema

¿Cuál es el nivel de conocimientos necesario para el desarrollo de la atención primaria de salud?

Justificación del Problema

Ecuador es un país de Sudamérica y de la Región andina con un tema de salud preocupante para la sociedad, que a pesar de buscar mejora continua realizando estudios y capacitando a los funcionarios públicos acerca del Modelo de Atención en Salud (MAIS), no cubre la cobertura de APS y no realiza actividades concernientes a enfermería comunitaria (MSP, 2010).

En las instituciones de salud es importante brindar información sobre esta temática a los profesionales para que puedan tener una guía o modelo de gestión, a través de esta investigación se pudo deducir que la enfermería comunitaria es el cuidado que las enfermeras pueden brindar a personas específicas o pacientes en dichas residencias ya que muchas personas no se les hace posible movilizarse a los centro de salud y así también ayudar a prevenir ciertas enfermedades y contribuir al auto cuidado de los mismos (MSP, 2010).

Se espera capacitar al personal profesional de enfermería y los agentes comunitarios, para que, a partir de la aplicación de la estrategia, contribuyan con soluciones y sobre todo colaboren con los pobladores de las comunas vulnerables ya que estas son las más afectadas. Se considera que el desarrollo del proyecto de enfermería comunitaria es especialmente necesario en zonas donde habitan las poblaciones más vulnerables. La participación de programas relacionados con la

salud, enfermedades y prevenciones es ignorada por la población ya que no existe la debida motivación ni el debido enfoque (MSP, 2010).

El presente trabajo de investigación es de carácter social, administrativo, educativo y asistencial, y tendrá una gran aceptabilidad por parte de los profesionales en enfermería y directivos del Hospital Básico Manglaralto; cabe recalcar que en la actualidad no se han realizado estudios con este tópico dentro de la institución, motivo por el cual se decidió llevar a cabo este trabajo que permite evaluar los conocimientos y elaborar el modelo de gestión de enfermería comunitaria, piloto ejemplo para el resto de las provincias de nuestro país a través del apoyo del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2010).

Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son los procesos y acciones en el servicio del Hospital de Manglaralto?
- ¿El diseño de la organización y estructura administrativa en el logro de objetivos del Hospital Manglaralto?
- ¿La aplicación de encuestas y entrevista permitirá conocer sobre el nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre Atención Primaria y Enfermería Comunitaria?
- ¿Los resultados de la evaluación de conocimientos permitirá presentar una propuesta de gestión de Enfermería Comunitaria?

OBJETIVOS

Objetivo General

- Evaluar los conocimientos sobre Atención Primaria en salud a Profesionales del Hospital Manglaralto

Objetivos Específicos

- Analizar los referentes teóricos de Atención Primaria de Salud, Modelo de Atención Integral en Salud y Enfermería Comunitaria.
- Analizar los referentes metodológicos frecuentes sobre modelo de gestión de enfermería comunitaria, a nivel internacional, nacional, y local.
- Diagnosticar los conocimientos sobre Atención Primaria en Salud, Modelo de Atención Integral en Salud y Enfermería comunitaria en el Hospital Básico Manglaralto.
- Diseñar un modelo de gestión de enfermería comunitaria.

CAPÍTULO I

1.1 Marco Teórico

1.1.1 Atención primaria de salud (APS)

Atención Primaria en Salud es el primer nivel de contacto del sistema nacional ante el individuo, familia o comunidad, con enfoque hacia la promoción, educación, prevención y cuidado de la salud en cualquier etapa de la vida. La palabra atención deriva del latín *attentio* que a su vez comprende tres partes: Ad-hacia, tendere-estirar, ción-acción y efecto. Los logros en el sector salud se incrementan al priorizar la realización de acciones y que para lograr el éxito de la Atención Primaria en Salud se debe considerar la importancia intersectorial puesto a que los problemas de salud demandan soluciones que están fuera del alcance del sector salud y para enfrentarlos es necesaria la integración con otros sectores, porque la salud no solo implica la atención médica, es un concepto más amplio, político y social, para un mayor control de condiciones sociales, económicas y ambientales, determinantes, esenciales de la salud de la población (MSP, 2010).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la atención primaria de salud es accesible al individuo, familia y comunidad a través de medios de asistencia sanitaria aceptables para ellos, en la que se destaca su participación y el bajo costo para el país. Es la base del sistema sanitario del país y es el núcleo de desarrollo general de la comunidad (OMS, 2010).

Según la Declaración de la Directora General de la OMS Dra. Margaret Chan, los Estados miembros cada vez aumentan los requerimientos de servicios

de salud sobre todo en el área de atención primaria, lo cual ha causado un interés de las instituciones para conocer de qué manera se pueden mejorar los servicios y sistemas de salud, y que a su vez estos sistemas de salud sean eficientes y eficaces, cimentados en la justicia y la equidad. Evidentemente, lo que se busca es evidenciar las necesidades integrales que garanticen eficacia en el sector de la salud, principalmente en el sistema de salud existente (OMS, 2010).

La OMS en los Países de Europa mediante la Red de Evidencia en Salud en enero del 2004 revisa estudios internacionales, mayoritariamente de Estados Unidos, Holanda, Gran Bretaña, Escandinavia y además de países en desarrollo del continente Africano. Analizan y describen documentos referentes a la estructuración de un sistema de salud, los beneficios y perjuicios de enfocarse mayormente en la Atención Primaria en Salud (APS), los estudios en los que se fundamenta la revisión presentan pruebas de que los sistemas basados en la APS tienen mayores ventajas en salud puesto que son más equitativos, de menor costo, tienen mayor accesibilidad lo cual genera mayor regodeo por parte de la población (OMS, 2010).

El estudio resalta la importancia de desarrollar coordinadamente la Atención Primaria y la atención especializada debido a que se obtienen mejores resultados como se ha demostrado en otros estudios. La prevención y promoción son de vital importancia en un Sistema de Salud basado en la Atención Primaria de Salud dado que este sistema reconoce la valía de la persona desde el punto de vista social y de salud del individuo, lo cual determina que este tipo de sistema de salud no está enfocado en la atención de la enfermedad. Este marco general de

Atención Primaria de Salud ha sido adaptado a las diferentes organizaciones y a los diferentes rubros de financiamiento de los sistemas de salud en cada país por lo cual se ha llegado a cuestionar ciertos elementos que el modelo plantea (MSP, 2010).

Conceptualización de la Atención Primaria en Salud

En el año 1978 fue el evento de política de salud internacional más importante de la década de los 70 la Conferencia Internacional de Alma Ata, sobre Atención Primaria de Salud, realizada en Kazajistán, del 6 al 12 de septiembre, en la misma conferencia se expresaba la necesidad urgente de la toma de acciones por parte de todos los gobiernos, trabajadores de la salud y la comunidad internacional, para proteger y promover el modelo de atención primaria de salud para todos los individuos en el mundo. En ella participaron 134 países y 67 organizaciones internacionales. La conferencia fue organizada por la organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de Salud y UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund - Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia) y patrocinado por la entonces URSS(Unión de repúblicas socialistas soviéticas). La síntesis de sus intenciones se expresa en la Declaración de Alma-Ata, subrayando la importancia de la atención primaria de salud como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud de los pueblos. Su lema fue *Salud para Todos en el año 2000* (OMS, 2014).

Dawson, Ministro de Salud de Inglaterra 1920 define APS como el organismo cuya misión es brindar atención de nivel primario. La Comisión Millis de Estados Unidos en el año 1966, dictó un informe que dice: la APS tiene la responsabilidad del individuo, paciente o usuario ya que es el primer contacto con presencia o ausencia de enfermedad. Según la Academia Americana de Médicos de Familia en los Estados Unidos, en la década de los años 70, la APS es la encargada de brindar cuidados médicos a la colectividad incluyendo aspectos biológicos, psicológicos y sociales para, mediante el equilibrio de los mismos, lograr mantener la salud y brindar un tratamiento oportuno a las enfermedades o dolencias de los pacientes (OMS, 2014).

En Cuba en 1984, el Dr. Cosme Ordoñez, docente e investigador cubano, especialista en Atención Primaria, define a la APS como: Actividades organizadas de atención médica planificada de forma integral, cuyo objetivo es mejorar el nivel de salud en el individuo, familia y comunidad, mediante la aplicación del método científico usando los recursos disponibles y la óptima participación de los grupos organizados. Para el autor Vüori, año 1984, el modelo de APS cambia el concepto de atención en salud ya que según esta perspectiva las responsabilidades y la organización deben modificarse desde el contenido y desde la manera de cómo se considera al paciente. La tabla a continuación muestra estas diferencias (OMS, 2014).

Tabla 1

Características de la atención primaria de salud

Perspectiva convencional	Nueva Perspectiva
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad - Curación 	<ul style="list-style-type: none"> • Salud Prevención y Cuidado
Contenido Convencional	Nuevo contenido
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento • Atención Puntual • Problema Específico 	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de la Salud • Atención continuada • Atención exhaustiva
Organización Convencional	Nueva Organización
<ul style="list-style-type: none"> • Especialistas • Profesional Médico • Práctica Individual 	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos de Familia • Otros Colectivos Profesionales • Práctica en Equipo
Responsabilidad Anterior	Nueva Responsabilidad
<ul style="list-style-type: none"> • No interviene la comunidad • Perteneciente al Sector Salud • Responsabilidad Gubernamental 	<ul style="list-style-type: none"> • Colaboración Intersectorial • Participación Comunitaria • Autorresponsabilidad

En el siglo XXI para los autores Capote Mir y Granados Toraño (1996), definen salud pública como la estrategia en la que se da el primer contacto entre pacientes y el equipo de salud, donde se garantizan una atención de manera integral, una atención oportuna y de bajo costo, con profesionales especialistas, que no solamente abarca el campo sanitario sino que incluye a otros sectores; por otro lado se establece en conjunto con la colectividad con la finalidad de mejorar

la salud del individuo, familia y comunidad a través de un pacto social, el cual incluye aspectos biopsicosociales y medioambientales en la cual no es aceptable ningún tipo de discriminación o condición económica, sociocultural, sexo o raza. A medida que han transcurrido los años se observa cambios en todos los aspectos, en la actualidad existen niveles de atención: primer nivel, segundo nivel, tercer nivel, cuarto nivel, sin embargo, para que la atención primaria se desarrolle con éxito se debe considerar los ejes fundamentales:

Los ejes fundamentales de la Atención Primaria

- **Participación Comunitaria:** Se basa en la solución de sus problemas y necesidades sanitarias mediante la participación activa de la comunidad en coordinación con el equipo de salud, lo cual implica que la población determine sus problemas y brinde las soluciones para los mismos.
- **La Participación Intersectorial:** Se trata de la intervención de dos o más sectores sociales en temas de salud; estas intervenciones se basan en la lógica de los cambios de la salud y no en la de los sectores participantes. Para este logro se requiere la coordinación de los sectores cuando se efectúen acciones por la salubridad.
- **Descentralización:** Es la capacidad para tomar decisiones de acuerdo a los recursos con los que cuenta cada nivel de gestión, tomando en consideración las necesidades sociales de cada área. Faculta el uso de todo tipo de herramientas sean estas administrativas o técnicas con la finalidad de desarrollar positivamente el bienestar y la salud de la colectividad.

- **Tecnología Apropriada:** Se refiere al aprovechamiento de manera racional los recursos con los que dispone cada sector (OMS, 2014).

Tabla 2

Conceptos de la atención primaria de salud

Integral	Se trata la salud de la persona desde otro punto de vista; se valora al ser con sus problemas sociales y biológicos
Integrada	Actúan en conjunto todos los sectores del sistema sanitario de salud, integrando a las estructuras de reinserción social y de rehabilitación social como el complemento para la recuperación total de la persona.
Continuada	Desde el principio hasta el fin, abarcando todos los ámbitos en la vida de la persona.
Permanente	No importa lugar, condición, gravedad. Se garantiza la completa atención.
Activa	Todo equipo de salud sin excepción alguna, debe participar en todas las actividades que se presenten en la comunidad de manera activa.
Accesible	Eliminar por completo las barreras de atención ya que de esta manera la atención en salud se vuelve universal.
Basada en equipos Interdisciplinarios	Formados por equipos de salud y equipos gubernamentales ajenos a la salud.
Comunitaria y participativa	Activa participación de las personas, familias e inclusión en la resolución de las acciones.
Programada y evaluable.	Sistematizada, contar con horarios, metas alcanzables reales y procesos de evaluación.
Docente e investigadora	En pregrado, postgrado, formación continuada e Investigación básica y aplicada.

Sistema Nacional de Salud del Ecuador

El Sistema Nacional de Salud en el país se encuentra centralizado y fragmentado en la provisión de servicios de salud, centrado en la enfermedad y no en el paciente; los programas de salud no benefician la atención de manera integral e integrada debido a las barreras existentes en cuanto al nivel geográfico, cultural, económico (OMS, 2014).

Siempre se recalca la importancia de los niveles de atención en la organización de los servicios de la salud sobre de todo de los dos primeros niveles en que los estudios han determinado que se pueden resolver el 90% de los problemas de salud, mientras que el tercer nivel de atención, sufre del bajo presupuesto estatal y de los continuos cambios e implementación de diferentes sistemas. Actualmente el sistema de salud debe de enfrentar, además de los cambios antes mencionados, diversos factores que han modificado los perfiles epidemiológicos anteriores lo cual deriva en nuevos estudios e incrementan los gastos de investigación (OMS, 2014).

Tipología de las Unidades de Salud.

Para el Gobierno Nacional del Ecuador y el MSP como autoridad sanitaria, el cuidado de la salud constituye un eje estratégico del país y logro del buen vivir. Basándose en los diferentes cambios demográficos y la transición epidemiológica se considera la tipología de los sistemas de salud para incrementar la esperanza de vida en la colectividad:

- I Nivel: Puestos de salud, Centros de salud rural, Centro de salud urbano, Centro de salud 24 horas, (80%) de capacidad resolutive.
- II Nivel: Hospitales Generales, Hospitales básicos, (15%) de capacidad resolutive.
- III Nivel: Hospitales de Referencia Nacional, (5%) de capacidad resolutive. (MSP, 2015)

1.1.2 Modelo de atención integral en salud (MAIS)

El MAIS está orientado hacia el cuidado y la recuperación de la salud del individuo, en las cuales se considera las determinantes conductuales del mismo, ya que de esta manera se garantiza el derecho a la salud de las personas desde cualquier enfoque social; además organiza los tipos, modelos y contenidos de los servicios de salud, la participación comunitaria y la articulación de los sectores participantes. (MSP, 2012)

Implementación del MAIS

La autoridad de salud en el país es el Ministerio de Salud Pública, el cual se encuentra realizando cambios organizacionales desde el año 2007, ya que se encuentran dentro del marco de la Revolución Ciudadana. La constitución de Montecristi del año 2008 fue la encargada de recoger propuesta y aspiraciones de los grupos sociales del país los cuales se convirtieron en mandatos para, de esta manera, garantizar los derechos de los habitantes y demostrar la participación plena de los habitantes en el proceso revolucionario (MSP, 2012).

La Revolución en Salud modificó la prioridad y responsabilidad de varios organismos gubernamentales, entre ellos:

- La consolidación de la Autoridad Sanitaria Nacional.
- El fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud.
- La reestructuración de las instituciones a nivel privado y público.
- La Red Pública y Complementaria será la entidad encargada de gestionar el sistema de salud en el ámbito territorial y de esta manera redireccionar los lineamientos de calidad e integralidad del Modelo de Atención y Gestión del Sistema de Salud.

En general, lo antes expuesto son los mandatos que rigen para el actual Sistema Nacional de Salud del Ecuador con enfoque familiar a través del MAIS. (MSP, 2012)

Conceptualización del MAIS-FCI

El MAIS es la sustentación e incorporación de las estrategias que han sido aplicadas a lo largo de la historia del sistema de salud, y que se complementa con la estrategia actual de la APS la cual permite integrar de una manera eficaz y renovada los tres niveles de atención para así garantizar la atención de las necesidades de salud (MSP, 2012).

Determinantes de la Salud

Para otorgar un criterio sobre determinantes de la salud hay que entender que la salud es un proceso (salud - enfermedad) que puede ser modificado por diversos factores los cuales son conocidos como determinantes de la salud; pueden agruparse de la siguiente manera:

- Población: tamaño, distribución, tasa, acervo genético, herencia, otros factores biológicos.
- Ambientales: físicos y culturales.
- Atención en salud: Entidades de Salud públicas, Entidades privadas, Ayuda Social Externa.
- Estilo de vida: entrenamiento, labora, nutrición y conducta.

La interrelación de estos factores determina el estado de salud de una población; dependen además del lugar y de la localización del mismo. Para su medición existen un sin número de indicadores y la OMS presenta informes anuales de cada evaluación realizada en todos los países (MSP, 2012).

Tabla 3

Determinantes de la salud

Los determinantes Conductuales	Determinantes Biológicas
Hábitos	Genes
Costumbres	Edad
Creencias	Género
Actitudes	Nutrición
Comportamiento	Inmunidad

Determinantes ambientales	Determinantes sociales
Aire	Roles familiares
Agua	Estatus económico
Tierra	Laboral
Fuego	Localidades Relaciones
	Autorrealización

Enfoque del MAIS

La Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R)

La APS-R es un método mediante el cual se garantiza el desarrollo de los sistemas de salud. Implementar este proceso ha sido difícil debido a los intereses políticos y económicos que cada sociedad tiene. Basa sus raíces en la APS formulada en Alma Alta (1978) donde se demostró que no era adecuada la práctica de la medicina en base a las determinantes sociales de la salud; presenta estos objetivos:

- Desarrollar y promover la equidad e inclusión social en salud.
- Incentivar las estrategias desarrolladas en salud integral en APS.
- Incluir la atención de forma integrada dentro del área de salud.
- Fomentar el correcto desarrollo de las determinantes de la salud.
- Guiar los conocimientos sobre seguridad en la salud.
- Mejorar los recursos de salud y aumentar la calidad de personal.

La APS debe ser la base sobre la cual se erige el Sistema Nacional de Salud, lo cual conlleva a reorientar el modelo hacia un punto de vista más humanístico, garantizando equidad y compromiso con la vida, respetar las culturas y diversidades étnicas en general, mejorar la calidad de vida de las personas. La Atención Primaria considera como la puerta de entrada al nivel I y determina que

su finalidad es la de atender específicamente las demandas individuales de manera integral (OMS, 2014).

Epidemiología Comunitaria en MAIS

Es una herramienta básica que usa la metodología para analizar cómo se transforma la realidad debido a la participación que posee la comunidad lo cual la convierte en un apoyo básico cuando se necesite implementar el modelo de Atención (MSP, 2010).

Los datos epidemiológicos son convertidos en datos fundamentales que son usados cuando se entabla la comunicación con la comunidad. A su vez, es fundamentado en las diferentes habilidades humanas que sirven para transformar la realidad en la que se vive. La comunidad tiene un papel preponderante dentro de la investigación, ya que, para implementar este proceso de manera sistemática, se usaron herramientas didácticas sencillas las cuales son incorporadas en los actores comunitarios y en los miembros que componen el equipo de salud (MSP, 2012).

La Participación Social en el MAIS y APS-R

La participación social se liga fuertemente a la APS-R ya que es necesario construir procesos organizacionales pero basados en las necesidades y demandas de las personas, así también generar procesos de cambios en la salud y en la calidad de vida de los humanos mediante espacios que generen la democracia asociativa de poder ciudadano (MSP, 2012).

La finalidad del MAIS en salud familiar comunitaria e intercultural es conocer los procesos de salud y se encuentran orientados a facilitar el ejercicio de los derechos de las personas mediante el control de los determinantes sanitarios, pero con la finalidad de interiorizar plenamente todas las actividades que contribuyen a mejorar el nivel de responsabilidad en salud (MSP, 2012).

La misión de las personas es construir sus medios de representación mediante los cuales se buscará la generación de condiciones que mejoren el nivel de salud; la comunidad es el organismo veedor que debe controlar el correcto funcionamiento de la red de servicios que brinde el derecho a la salud (MSP, 2012).

Enfoque de Interculturalidad en el MAIS

La nueva lógica de estado ecuatoriano está basada en el concepto de interculturalidad y plurinacionalidad. Esto garantiza los derechos contrariamente a las políticas anteriores las cuales irrespetaban los tipos de medicina ancestral y tradicional, además de las limitaciones en salud que actualmente aún se mantienen (Arias, 2015).

Básicamente, el reto en salud consiste en que la medicina tradicional y la convencional sean complementarias. Los procesos de interculturalidad han sido manejados llevando como estandarte el respeto dentro del dialogo; el MSP, por su parte, se encuentra muy avanzado en este proceso gracias a, por ejemplo, la adecuación cultural en el parto para las embarazadas, lo cual ha llevado a la disminución de complicaciones para las madres (MSP, 2012).

Integrar a la Salud Mental en el MAIS

Salud Mental se entiende como el correcto estado tanto de armonía como de equilibrio de la persona, el cual, permite que la persona goce de todas sus facultades. Visto de esta manera, la salud mental es un tema de interés nacional debido ya que la constitución señala la importancia de asistir psicológicamente a una persona. De igual manera, en la Ley Orgánica de Salud constan artículos que comprenden parte de la estabilidad física y mental que se relacionan directamente con algunos tópicos de la salud mental (Hernao et al. , 2016).

MAIS con Enfoque Comunitario, Familiar e Intercultural.

Este modelo plantea la estructuración de servicios y atenciones priorizando las necesidades personales y las condiciones de vida. Están compuestos de equipos interdisciplinarios que contienen tres premisas básicas:

- Sujeto - Comunidad.
- Hospital - Centros de Salud Mental
- Profesional Mental (Psiquiatra) - Equipo de Salud Mental.

El modelo Curativo indica que el paciente es peligroso tanto para la comunidad como para él mismo por lo que el método de acción inicial es aislarlo de la sociedad. Por lo consiguiente se lo interna en centros psiquiátricos donde se le realizan controles los cuales no tienen tiempo definido ya que no es un problema sanitario sino de tipo social. (MSP, 2012)

Investigación, formación y capacitación del talento humano

Las herramientas que sirven para el mejoramiento de la calidad de vida y las condiciones de salud son la continua capacitación del personal de talento humano. Los procesos de investigación y de formación también ayudan a lograr excelencia comprometida hacia la integralidad del modelo de atención (Lema, 2013).

La labor de talento humano se basa en gestionar procesos de capacitación, los cuales serán de manera continua y pertinente a la carrera sanitaria que permita la correcta formación para brindar el adecuado servicio. Los dos primeros niveles cuentan con especialistas pertinentes a Salud Familiar y Comunitaria; en el tercer nivel se forman especialistas propicios para cada área y finalmente, en el cuarto nivel se busca la investigación científica brindando el espacio correspondiente para las especialidades (MSP, 2012).

Los Cuidados Paliativos en el MAIS

Los cuidados paliativos son atenciones de tipo integral que se brindan a las personas que se encuentran en la fase avanzada o terminal de una enfermedad. Su principal objetivo es mejorar su estancia y acompañar al paciente brindándole paz y consuelo. Cabe además recalcar que las atenciones paliativas no aceleran ni retrasan la muerte del paciente (Pessini& Bertachini, 2006).

Los programas de atención paliativa se dan en varias situaciones y sus servicios son muy diversos; los miembros de la familia de los pacientes son importantes y también son atendidos ya que necesitan apoyo en el duro momento que atraviesan (MSP, 2012).

Prioridades y Estrategias Nacionales

Fueron creadas con el propósito de movilizar recursos planteando metas y objetivos a corto o mediano plazo; estas estrategias requieren la intervención interna de varios sectores, los cuales son los encargados de modificar los factores que otorgan prioridades dentro del campo sanitario enmarcadas en el Plan Nacional del Buen Vivir (MSP, 2012).

Desarrollo del Milenio (ODEM).

El Ministerio de Salud Pública tiene dentro de sus prioridades un grupo determinado de estrategias; de acuerdo al perfil epidemiológico de la población se crearon programas como: ENIPLA, Nutrición Cero, Prevención en Salud, Respira Ecuador (tuberculosis), Control de VIH-SIDA y Atención a personas con deformidades crónicas y degenerativas (SENPLADES, 2014).

Principios y objetivos para el fortalecimiento del MAIS-FCI

Definición: Es el grupo de acciones que mediante su correcta complementación atiende las necesidades sanitarias del individuo, familia y comunidad de una manera integral lo cual permite un óptimo rendimiento de los niveles de atención.

Propósito: Guiar el grupo de acciones o actividades que garanticen el cumplimiento de los derechos de salud y a su vez cumplir las metas enmarcadas dentro del Plan Nacional del Buen Vivir.

Objetivo: Consolidar la aplicación de la APS-R e integrar los tres niveles de atención partiendo de la promoción y prevención de salud mejorando las

atenciones, rehabilitaciones, cuidados paliativos y el proceso de recuperación llevando el respeto como factor principal de convivencia dentro de la diversidad del entorno (MSP, 2012).

Los Objetivos Estratégicos del MAIS

- Cambia el enfoque curativo basándose principalmente, en lo planteado por la APS; el cuidado del individuo modificando su enfoque de producción mediante la articulación de la promoción y la prevención de la enfermedad sea esta, de manera individual o colectiva con lo cual se obtienen respuestas efectivas cumpliendo con los procesos incluidos en la recuperación de la salud.
- Reorganizar el sistema de salud, de esta forma se garantizará el acceso a la salud sin barreras, eliminando la inequidad, respaldando así los dos primeros niveles de atención y de esa forma convertir a los hospitales en el umbral de ingreso al sistema sanitario que se complementaria, de acuerdo a su capacidad de manejo, al primer nivel de atención.
- Ampliar la Red Pública de Salud mediante la reestructuración territorial de los centros de salud existentes, tanto zonales como distritales para de esta manera descongestionar el sistema de salud y articular mejor los niveles de atención con el fortalecimiento de las referencias y contra referencias las cuales garantizan las prestaciones de salud (MSP, 2015).

Principios del Modelo de Atención Integral de Salud

Los principios son basados inicialmente, en garantizar los derechos de las personas, sabiendo que a cambio existen deberes que se deben cumplir. Garantizar derechos conlleva a desarrollar modelos y prácticas de vida saludable además de la universalidad de los servicios de salud integral de calidad con la ayuda de estrategias administrativas que gestionen fondos suficientes para atender a toda la población (MSP, 2012).

La Universalidad es la igualdad de condiciones para todos sin ningún motivo que la condicione, no distingue raza, nacionalidad, sexo, educación, salarios, etc. Se aplica a todo el territorio nacional; se aplica incluso sin importar la nacionalidad del individuo. La Integralidad significa promover la atención de la salud actuando sobre varias condiciones que la afectan y la prevención de riesgos, mediante la potenciación de los factores que promueven y previenen la salud (MSP, 2012).

La Equidad se logra mediante la eliminación de barreras que hacían de la salud un tema de injusticia social; es un requisito fundamental promover las libertades en la mente de las personas y de esta forma ayudar a desarrollar capacidades y fortalezas en el individuo (MSP, 2012).

La participación se basa en los mecanismos usados para aumentar la colaboración de manera activa de las personas y la comunidad en la toma de decisiones sobre sus recursos y la asignación y ocupación de los mismos con la debida responsabilidad y autocuidado (MSP, 2012).

Componentes del MAIS-FCI que hacen viable su operación y desarrollo

Tabla 4

Componentes del MAIS-FCI

Provisión de Servicios
Organización
Gestión
Financiamiento

La correcta relación de los componentes de SNS y la coordinación adecuada permitiendo lograr los objetivos del MAIS, los cuales giran en torno de las necesidades del individuo y la comunidad. Se encuentran incluidos los siguientes componentes:

- Provisión de servicios
- Organización
- Gestión
- Financiamiento

Componente de provisión de servicios de salud

Está relacionado directamente con la licitación de salud integral e integrada lo cual, avala la atención y responde a las necesidades de la población. Las ofertas en salud se encuentran fundamentadas en las necesidades existentes de acuerdo a varios factores, condiciones y problemas. La ASN es la entidad

encargada de la prestación de la salud (considera factores epidemiológicos y condiciones biológicas), así también se encarga de clasificar las intervenciones de acuerdo a su nivel prioritario (MSP, 2012).

Población que recibirá la atención: Personas y grupos familiares de acuerdo a las necesidades existentes en su ciclo de vida, así como también los grupos de riesgo tanto del ámbito laboral como del ámbito social (MSP, 2012).

Conjunto de prestaciones por ciclos de vida: Evidentemente se requiere lograr atención integral en salud por lo cual, la prestación es fundamental, el MAIS-FCI se encarga de estas necesidades siguiendo lineamientos y protocolos previamente definidos por el Ministerio de Salud Pública. (MSP, Salud, 2012)

Formas de atención: Atención comunitaria, atención en un centro de salud, atención móvil de salud, atención Pre-hospitalaria (MSP, 2012).

Herramientas: Fichas familiares, visitas a domicilio (MSP, 2012).

La Visita domiciliaria se trata de acudir al hogar del paciente para descubrir los factores de riesgo o focos de los problemas latentes para, en conjunto con el equipo de salud, realizar las correcciones necesarias y aplicar el plan de intervenciones de salud. La Ficha familiar un complemento de las historias clínicas, pero debe ser archivada con igual importancia ya que contiene datos estadísticos vitales para continuar con la prestación de la salud (MSP, 2012).

Tabla 5

Criterios de despenalización para diagnóstico y seguimiento de las familias

Organización de Acciones comunitarias y extramurales para el control del paciente y su familia según los criterios usados en la ficha familiar.			
Grupos	Definición del grupo	Acciones comunitarias	Control mediante ficha familiar
Grupo I Aparentemente sano	Pacientes que no refieren ninguna patología.	Consultas de control <ul style="list-style-type: none"> • Promoción y prevención • Registro: historia clínica individual • Organizar visitas al hogar • Llenar ficha familiar • Examen Físico General incluyendo exámenes complementarios. 	Una cita al año. Enfocadas a la: Promoción Prevención.
	Pacientes que manifiestan la existencia de un problema biológico, social o psicológico.	Consultas de seguimiento y subsecuentes <ul style="list-style-type: none"> • Promoción y Prevención • Registro: Historia clínica individual • Organizar visitas al hogar • Llenar ficha familiar. • El paciente será evaluado en base a los factores de riesgo que amenazan su salud. 	Dos citas al año. <ul style="list-style-type: none"> • Promoción • Prevención • Curación • Rehabilitación
Grupo II con factores de riesgo	Pacientes con alguna patología o problema orgánico.	Consultas de seguimiento y subsecuentes <ul style="list-style-type: none"> • Promoción y Prevención • Curación y Rehabilitación. • Registro: Historia Clínica individual • Realizar llenado de ficha familiar de manera conjunta con las visitas al hogar. 	Tres citas al año. <ul style="list-style-type: none"> • Promoción • Prevención • Curación • Rehabilitación La unidad operativa es la encargada de agendar turnos.
	Pacientes con alteraciones de sus capacidades motoras, psíquicas o funcionales	Consultas de seguimiento y subsecuentes <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promoción, Prevención, • Curación y Rehabilitación. • Registro: Historia clínica individual • Agendar las atenciones domiciliarias en conjunto con las consultas. No pasar por alto los factores de riesgo presentes. 	Cuatro citas al año. <ul style="list-style-type: none"> • Promoción • Prevención La unidad operativa será quien facilite el acceso a la salud mediante la asignación de turnos especiales.
Grupo III con patologías crónicas			
Grupo IV con secuelas o discapacidad			

Componente de organización

Niveles de Atención: La tipología existente en los establecimientos de salud pertenecientes al MSP serán homologados buscando la articulación de la Red Pública de Salud y la Red Complementaria; la tipología será homologada para todos los niveles de atención dentro del país (MSP, 2012).

El nivel de atención se define como el grupo de establecimientos regidos por las mismas normativas legales y jurídicas, las cuales establecen niveles de complejidad de acuerdo a la magnitud del problema del individuo. Se encuentran organizadas de acuerdo a su estructura, equipamiento, talento humano ya que de esta manera se garantiza continuidad en la atención de acuerdo a las necesidades de salud (MSP, 2015).

Tabla 6

Niveles de atención

Clasificación de los servicios de salud por nivel de atención y resolutive.				Se complementan con:	
Primer nivel de atención	Segundo nivel de atención	Tercer nivel de atención	Cuarto nivel de atención	Sistema de atención de emergencia	Servicio de apoyo

Organización de los equipos de atención

Las redes integradas de salud son las encargadas de garantizar la salud en todos sus ámbitos; se cimientan en la organización de los sistemas de salud mediante la correcta gestión de las entidades de salud para de esta manera lograr servicios de salud de calidad, eficientes, que cumplan con lo esperado por la población, estos servicios deberán operar en conjunto con otras entidades gubernamentales (SENPLADES, 2014).

La articulación territorial de la red pública y complementaria de salud en zonas, distritos y circuitos: La nueva organización territorial del país fue estructurada basándose en la descentralización planteada para mejorar la articulación en todas las áreas de atención del gobierno. Para la planificación territorial y la gestión de los servicios públicos fueron establecidas 9 zonas de planificación, 140 distritos y 1134 circuitos (MSP, 2012).

Organizar los servicios de salud de esta manera ayuda a la correcta aplicación del Buen Vivir ya que su distribución está realizada por las necesidades reales existentes en la población; los estudios antes realizados permitieron conocer cuáles eran los puntos mayormente afectados y enfocarse en esos lugares (MSP, 2015).

Organización funcional de la Red Pública Integral de Salud y Red complementaria: Organiza el territorio en base a las unidades de salud existentes para que la población más cercana pertenezca al centro de salud más cercano (MSP, 2015).

Componentes de gestión

Gestión basada en la metodología de Gobierno por Resultados (GPR). (SENAP, 2010)

Análisis situacional de Salud. ASIS Ministerio de Salud Pública: Los ASIS sirven para medir las determinantes y monitorear a una población determinada con respecto a una enfermedad que la está afectando o que la afecto, presenta valores, tasas de incidencia, morbilidad, afección etc. (SENAP, 2010).

Planificación estratégica participativa y programación operativa: Esta desarrollada en diferentes niveles articulando especificidades y sus necesidades mediante una planificación estratégica en conjunto con las políticas nacionales de los diferentes niveles de toma de decisiones:

- Nivel Nacional
- Nivel Zonal
- Nivel Distrital

Gestión y Desarrollo del Talento Humano

Realiza el cuadro de medicamentos básicos basándose en los estándares de salud que fueron definidos anteriormente por la ASN y también realiza el equipamiento y la dotación de infraestructura de los centros de atención de salud (SENAP, 2010).

Componente de financiamiento

Este componente es el encargado de buscar y conseguir todos los bienes necesarios para cumplir con las etapas planificadas con anterioridad, las cuales son:

- Planes Nacionales de Estrategia
- Proyectos vinculados al área de Salud
- Equipamiento e Infraestructura del Sector Salud.

Para desarrollar estos planes se contará con lo detallado a continuación:

- Apoyo de la Comunidad
- Fuentes de Financiamiento
- Asignación de recursos
- Formas de pago
- Impacto social (SENAP, 2010)

Fases y herramientas para la implementación del MAIS

Las fases y herramientas del MAIS con enfoque FCI se estructuran de acuerdo a los niveles de necesidad que presente una comunidad, si la demanda en salud es creciente se deberá mejorar la atención aplicando modelos de planificación debidamente organizados. También deberán ser revisados los programas sociales que se encuentren desarrollándose en el sector para facilitar la

correcta distribución de áreas de trabajo, además estas actividades deberán coordinarse logísticamente de acuerdo al área geográfica y nivel poblacional para llegar a la mayor parte de la población existente (MSP, 2012).

El MAIS garantiza el correcto desarrollo de la atención en Salud con la adecuada aplicación de estas herramientas otorgando responsabilidades de acuerdo a la distribución jerárquica existente sean estas instituciones de gobierno, gobiernos autónomos descentralizados y gobiernos comunales si acaso existiesen (MSP, 2012).

Ideas Principales

- Incorporación de la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada
- Mejorar la promoción y prevención de la salud.
- Atención continua y personalizada de salud.
- Fortalecer el sistema de referencias de salud.
- Enfocar desde el punto de vista comunitario las atenciones de salud
- Acercar a la comunidad para que forma parte del equipo de salud y de esta manera realizar acciones en conjunto.
- Resolver la temática de Salud Mental.
- Desarrollar mejoras en las habilidades del equipo de salud (MSP, 2012).

Campo de acción de los Equipos de salud.

Nivel epidemiológico: Construye los cimientos para la mantención de la salud usando el perfil epidemiológico existente para realizar actividades de acuerdo a la clasificación de los grupos sociales fundamentales existentes en el medio (MSP, 2012).

Nivel de enfermedad: Determina el tipo de acción que debe realizarse en base al estado actual de la persona; considera la atención inmediata al paciente o su derivación para un mejor tratamiento (MSP, 2012).

Nivel familiar y comunitario: Ahondar en las costumbres de las personas, explorar sus etnias y las desigualdades que consideren existentes para de esta manera implementar ideas y posibles soluciones para erradicar determinantes que inciden en procesos de desarrollo de una enfermedad o consecuentemente en la muerte (MSP, 2012).

Nivel social: El punto de partida referencial de este nivel son las familias; la conservación, interacción y creación de espacios saludables es el factor preponderante para el crecimiento de la solidaridad entre habitantes de la comunidad (MSP, 2012).

Canales de Comunicación Interna y Externa

- Educación informal
- Educación formal

Educación formal: La educación formal es el proceso de educación integral correlacionado que abarca desde la educación en cursos dictados por

asociaciones, institutos, organizaciones hasta la educación superior, que conlleva una intención deliberada y sistemática que se concretiza en un currículo oficial, aplicado con definidos calendarios y horarios. Es aquel ámbito de la educación que tiene carácter intencional, planificado y regulado (SENAP, 2010).

Ventajas:

- Se lleva un calendario de estudios.
- Se planifican los temas.
- Se calendarizan las evaluaciones.
- Existen fechas a cumplir.

Desventajas:

- No hay recuperación de tiempo perdido.
- No existe una retroalimentación los temas que no se pudieron ver.
- Requiere de mucha disciplina para poder llevar a cabo las actividades en las fechas calendarizadas.
- Se requiere de mucho tiempo para elaborar las planificaciones.
- Es necesario tener una supervisión de los contenidos (SENAP, 2010).

1.1.3 Enfermería comunitaria

Es la disciplina que sintetiza los conocimientos teóricos y las habilidades prácticas de la enfermería y de la salud pública y los aplica como alternativas o

estrategias en la comunidad con el fin de promover, mantener y restaurar la salud, en su conjunto como miembro de un equipo multidisciplinario. La enfermería Comunitaria es aquella que combina la práctica enfermera y la práctica en salud pública aplicando su síntesis para la promoción de salud y prevención de la enfermedad de la población. La Enfermería Comunitaria utiliza una aproximación holística a la salud de los individuos, familias y grupos de comunidad, que incluye la promoción, el mantenimiento de la salud, la educación, la gestión de casos y la coordinación y continuidad de la atención. Existen sinónimos de Enfermería Comunitaria como: Enfermería en salud pública, enfermería social, enfermería APS (de primer nivel) enfermería visitadora (de atención domiciliaria), enfermería sanitaria (Paravic, 2010).

Las teorías y modelos de enfermería son un compendio de conocimientos adquiridos dentro de la experiencia enfermera; se desarrollaron en base a los conceptos básicos que permiten comprender el desarrollo de esta profesión. Ayuden a comprender, analizar y explicar los cuidados e intervenciones que realiza el profesional de enfermería, y a su vez, la correcta aplicación de los mismos; además garantiza un cuidado de calidad. Estos modelos fueron propuestos con la finalidad de que los profesionales en enfermería manejen un lenguaje universal y de esta forma que los conceptos relacionados a su profesión tengan el mismo significado (persona, salud, entorno y enfermería); razón por la cual es absolutamente necesario que todo profesional de enfermería conozca (Matos et al., 2010).

La enfermería y sus características

La responsabilidad de desarrollar con calidad y calidez la enfermería comunitaria es del licenciado, técnico y auxiliar. La enfermería posee las siguientes características Intelectual, práctica, académica, habilidad Técnica, bases teóricas, autonomía, social (Torres, 2014).

- Intelectual: Analítica, Pensamiento Crítico y Creatividad, Holística, Administrativa, Organizada.
- Práctica: Habilidad y destreza.
- Académica: Bases Teóricas, Formación teórica, Calidad de atención. Universalidad de atención
- Habilidad técnica: Bases científicas, base de legitimidad, autonomía de la profesión, Desarrollo Académico.
- Bases teóricas: Marco ético, código deontológico de enfermería, Reglamento interno, Reglamento del Ministerio de Salud Pública
- Autonomía: Funciones propias, independencia, responsabilidad de sus actos, Responsabilidad de grupo.
- Sociales: Calidad de trato, Igualdad de trato, Conservación de la salud, Sensibilidad humana, Bienestar de la comunidad, Motivación vocacional, Compromiso de la profesión, Servicio Social

El rol de la enfermera en cuanto a enfermería comunitaria

El rol que corresponde a la enfermera en cuanto a una enfermería comunitaria comprende los tipos de prevención primaria y puede desempeñarse en

sus cuatro roles asistencial, docente, administrativo, investigadora (Aguero, 2010).

Prevención primaria: La enfermera deberá informar, capacitar, guiar, socializar sobre lo que se refiere a las medidas destinadas a prevención, a la reflexión por el autocuidado grupal dando temas relacionados, incentivar al fomento de prácticas saludables para y con el individuo familia y comunidad (Rodríguez & Echemendía, 2011).

Existen varias teorías de enfermería como la de la gran investigadora Virginia Henderson con su definición de enfermería, se basa en 14 necesidades básicas, Nola Pender con su teoría promoción de salud, sin embargo este trabajo hace referencia a la teoría de Dorothea Orem ya que esta investigadora se basa en la teoría del autocuidado como una necesidad humana y requiere de un entrenamiento previo mediante promoción y prevención de salud que es lo que se fomentara con el desarrollo del modelo de gestión de enfermería comunitaria (Villalobos, 2011).

Teoría De Dorothea Orem

Dorothea Orem (1914-2007, c.p. Rivero et al., 2007), ha descrito la Teoría general del autocuidado; a su vez esta incluye tres teorías:

- Los cuidados enfermeros se realizan sobre individuos que se encuentran en la incapacidad de hacerlo. Por eso es un servicio especializado que se diferencia de los otros servicios prestados en salud.

- La enfermera es el factor complementario entre el autocuidado del paciente y lo que este se encuentra en la capacidad de realizar.
- El rol de la enfermera gira en torno a 5 roles esenciales que al lograr desarrollarlos se favorece el desarrollo de la persona y lograr que esta se auto responsabilice de su propia salud (Bastias& Sanhueza, 2004; Navarro& Castro, 2010; Rivero et al., 2007).

Orem afirmó que la persona es: el paciente: posee habilidades que le permiten nutrirse del conocimiento de otras personas; además presenta factores biopsicosociales los cuales determinan el estado de salud del mismo. Por lo general presenta condiciones que le permiten satisfacer sus requisitos de autocuidado. También define el entorno como todos aquellos factores que de una u otra manera influyen en la persona. En cuanto a la salud la define como la condición de la persona en la cual muestra un desarrollo físico y cognitivo al ciento por ciento (Prado et al., 2014).

Elementos centrales de la teoría de Dorothea Orem

- Teoría de sistemas enfermeros
- Teoría del déficit de autocuidado
- Teoría del autocuidado

Sistemas enfermeros: Acciones practicas deliberadas de las enfermeras que actúan de acuerdo con las acciones de las necesidades terapéuticas de autocuidado

de sus pacientes, para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes (Acosta, 2010).

Actividad enfermera: Es la capacidad desarrollada por las personas formadas como enfermeras y dentro del marco de una relación interpersonal legítima para actuar, saber y ayudar a las personas de esas relaciones a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y a regular el desarrollo o la actividad de su autocuidado (Acosta, 2010).

Déficit de autocuidado: Es el déficit o falta de conocimientos sobre el cuidado personal de un individuo; por lo general se encuentra afectado cuando la persona se encuentra postrada o no puede valerse por sí mismo; cabe destacar que las necesidades terapéuticas van de la mano con el autocuidado y es aquí donde el personal de salud debe actuar de manera inmediata (Solar, 2014).

Autocuidado: Actividades unipersonales que sirven para mantener el óptimo estado de salud mental y físico de un individuo (Solar, 2014).

1.1.4 Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el conjunto de técnicas conocido como proceso de atención de enfermería, este método permite a las enfermeras ofrecer cuidados forma racional, lógica y sistemática. El PAE es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería, por lo tanto, es la aplicación del método científico en el que hacer de enfermería según la taxonomía NANDA (Guerra et al., 2001).

Etapas del proceso de enfermería. (PAE)

- Valoración
- Diagnóstico
- Planificación
- Ejecución
- Evaluación.

Valoración: Recolección de datos mediante encuesta o entrevista personal del paciente o familia.

Diagnóstico: Análisis de los datos recolectados en la valoración.

Planificación: Priorización de objetivos.

Ejecución: Desarrollo de los objetivos planificados

Evaluación: Medición de eficacia del plan de cuidados desarrollado.

Entre las principales intervenciones factibles dentro de la enfermería comunitaria para con la comunidad podemos citar la promoción de salud, analizar estilos de vida, analizar entorno global y brindar educación para la salud (Guerra et al., 2001).

Diagnósticos de Enfermería Comunitaria

- Disposición para mejorar el autocuidado
- Disposición para mejorar el bienestar

- Disposición para mejorar el estado de inmunización
- Disposición para mejorar la toma de decisiones
- Sedentarismo
- Deterioro de la religiosidad
- Afrontamiento ineficaz de la comunidad
- Mantenimiento inefectivo de la salud
- Manejo inefectivo del régimen terapéutico de la comunidad
- Conocimientos deficientes
- Disposición para mejorar el conocimiento (Guerra et al., 2001).

Funciones para el especialista en Enfermería Comunitaria

La enfermería parte de otorgar cuidados necesarios en salud para las personas, y en el campo comunitario esto se refleja con mayor necesidad debido a las necesidades latentes en estos sectores; su principal aporte es mejorar la salud de las comunidades. En este trabajo de investigación se observan temas importantes de Enfermería: funciones de enfermería, especialista en enfermería, atención primaria de salud (Dandicourt et al., 2012)

Función asistencial

- Rehabilitar y curar a los individuos, familias y comunidades a través de la creación de diversas acciones promotoras de salud, hacer participar a la

comunidad de manera activa y concientizar a las masas y organizaciones políticas a brindar su aporte a estas actividades.

- Lograr entornos saludables mediante la vigilancia del medio ambiente y el control oportuno de enfermedades.
- Actuar oportunamente cuando se encuentren enfermedades que afectan al individuo o grupo de individuos.
- Realizar una investigación exhaustiva acerca de los tipos de enfermedades existentes sean estas transmisibles o no transmisibles o crónicas.
- Supervisa los cuidados y las intervenciones realizadas en el individuo.
- Promoción de conductas y actitudes integrales para la familia y la comunidad. (Dandicourt et al., 2012; Rojas et al., 2013)

Funciones administrativas

- Dirección de equipos a su cargo.
- Maximizar eficiencia del uso de insumos de todo tipo (Dandicourt et al., 2012).

Funciones investigativas

- Analiza críticamente los resultados intelectuales obtenidos de acuerdo a la especialidad correspondiente.
- Contribuye con la investigación científica a través de análisis situacionales de la salud de la población. Colabora frecuentemente con ensayos clínicos, investigaciones cualitativas, desarrollo profesional, etc.
- El desarrollo profesional es mejorado debido a la contribución que se realiza mediante la aplicación de resultados obtenidos en investigaciones

que garantizan el mejoramiento de la calidad en la atención de enfermería comunitaria y atención en salud (Dandicourt et al., 2012).

Funciones docente

- Educación actores sociales de la población para vincularlos con el autocuidado de su salud.
- Capacitación centros escolares de la comunidad en general.
- Interviene en procesos de educación de salud mental.
- Docencia de pregrado al equipo de salud (Zabalegui, 2013).

A pesar que enfermería no realiza la prescripción ni tampoco extiende recetas, se viene visando este ítem ya que si se permitiese se ahorraría miles de dólares al estado. Por lo cual, actualmente se amplía el campo de acción y se diversifican las funciones del profesional enfermero (Dandicourt et al., 2012).

1.2 Marco Conceptual

A continuación se presenta conceptos y definiciones (Real Academia Española):

Salud: óptimo estado físico, mental y social. Dícese también de la ausencia de enfermedades.

Persona: Ser holístico, cuyas partes interactúan entre sí.

Autocuidado: Actividades que ayudan o favorecen el bienestar de una persona.

Familia: Pilar fundamental de la vida de un individuo y de la sociedad. Punto de partida esencial para el desarrollo de una civilización.

Hábitos: Costumbres que delimitan el comportamiento y la actitud de las personas frente a la vida. Los hábitos son repetitivos hasta alcanzar realizar una acción sin esfuerzo alguno.

Prevención: Acción desarrollada antes de presentarse algún problema.

Promoción: Grupo de acciones o actividades que ayudan directamente a la prevención o control de algún incidente o patología.

Medicina preventiva: Comprende las medidas profilácticas tendientes a preservar la salud trata de evitar que se altere la salud, por la acción de enfermedades diversas.

Diagnóstico: Parte esencial del tratamiento del individuo o cliente; en esta segunda etapa del proceso de atención enfermero, se estudian los antecedentes y anamnesis del paciente los cuales permitirán identificar el problema que lo aqueja.

Conocimiento: Conjunto de ideas que posee una persona acerca de la enfermería comunitaria, atención primaria en salud, de tal manera que los individuos programen sus actividades preventivas para el fomento de su salud.

Determinantes de la salud: Son los factores ambientales, económicos, culturales, sociales y biológicos, que influyen en el estado de salud de los individuos.

Eficacia: Es la capacidad científicamente comprobado y de acuerdo a condiciones locales de resolver un problema y de producir un resultado específico

Eficiencia: Es el uso racional de los recursos disponibles y práctica de intervenciones sanitarias centradas en las necesidades de la ciudadanía, identificadas mediante información comunitaria de su entorno familiar, social, cultural y laboral.

Equidad: Se considera a la asignación de recursos de acuerdo a las necesidades de la población con el fin de brindar igual oportunidad para desarrollar y mantener la salud.

Interculturalidad en salud: Enfoque de las intervenciones sanitarias, caracterizado por el respeto social y la promoción científica de las prácticas de salud ancestral.

Intervención: Acciones ejecutadas con un objetivo definido para obtener un cambio expresable en resultados o impactos.

Enfermería: la disciplina desarrollada por las enfermeras la cual tiene su base en la atención a clientes o pacientes, otorgándoles el cuidado necesario para su recuperación y mediante las cuales se contribuye de manera providencial a fomentar conductas y hábitos que desarrollen el autocuidado como principal factor.

Indicador: Dato que representa las características o estado situacional de un problema o aspecto en general, durante un lapso de tiempo. Por lo general se usan indicadores numéricos ya que estos ayudan a calcular porcentajes, media, razones. De esta forma la información obtenida puede ser resumida en cortas presentaciones y ser sintetizada lo cual permite analizar el problema encontrado con mayor fluidez.

NANDA. (North American Nursing Diagnosis Association) en español, Asociación de Diagnostico Enfermero; se fundó en 1982. Esta organización fue refundada como NANDA Internacional y como su nombre lo indica, su principal objetivo es que los diagnósticos enfermeros sean universalizados, ya que de esta manera su nomenclatura será desarrollada acorde a los criterios expuestos a nivel mundial.

NIC. (Nursing Interventions Classification). Fue publicado en el año de 1992. Es uno de los elementos que componen el Proceso de Atención Enfermero (PAE): Como lo indica su nombre, este ítem se encarga de las intervenciones que debe realizar la enfermera o el equipo de enfermería. Abarca desde lo fisiológico hasta lo social. Además, cumple con los parámetros para cumplir con la recuperación específica del paciente (Promoción, Prevención, Tratamiento, Paliativos). Estas intervenciones son enfocadas para el paciente, familia, comunidad, grupos sociales definidos, etc.

NOC: (Nursing Outcomes Classification). Desarrollada en 1991 en la universidad de Iowa; Creada por el Colegio de Enfermeras de dicha Universidad, Su función básica es clasificar los resultados obtenidos de acuerdo a las intervenciones realizadas en el NIC. Se clasifica en 7 dominios.

Método: Es un proceso científico, ordenado, progresivo que contiene pasos los cuales ayudaran al investigador a llegar al fin deseado o a su meta propuesta. .

Metodología: Grupo o conjunto de métodos usados en el proceso investigativo de una tesis o problema en general; es básicamente el estudio del método usado para alcanzar el objetivo propuesto.

Plan de Cuidados: Herramienta usada para mejorar la calidad de vida del paciente o mantenerla; en este instrumento encontramos desde el estado de situación inicial del paciente, pasando por los resultados esperados, las intervenciones y por supuesto la evaluación de lo aplicado anteriormente.

Proceso de atención de enfermería: (PAE), Instrumento de carácter científico, metodológico usado por las enfermeras a nivel mundial; fue estandarizado por la NANDA para que los cuidados y tratamientos realizados de manera sistemática, sean uniformes a nivel mundial y cubrir las necesidades de forma total.

Registros de Enfermería: Apuntes y novedades ocurridas durante el turno de guardia de las enfermeras. Es considerada parte vital de la historia clínica de un paciente debido a la importancia referida; también se considera un documento legal y jurídico.

1.3 Marco Referencial

1.3.1 Estados Unidos de América

En Estados Unidos existen los denominados centros de salud, los cuales brindan atención de calidad debido a que respetan las mismas normas de los grandes hospitales. Los estudios han mostrado que los costos médicos varios disminuyen hasta en un 30% del valor normal en que se ofertan a otras

instituciones de salud. Además, estos centros de salud ayudan a disminuir el número de admisiones en los hospitales debido a la atención temprana que se realiza ya que algunas dolencias son tratadas y no llegan a convertirse en urgencias. Otros estudios muestran la disminución de índices de mortalidad y han ayudado a la prevención y promoción de la salud a través de campañas de inmunización y programas de prevención de enfermedades los cuales fueron recibidos con agrado por parte de la población.

La participación activa en los centros de salud es uno de los factores claves para el éxito de los mismos ya que la comunidad se encuentra inmersa en la definición de las necesidades, brindando la información relacionada y correspondiente. Los líderes de la comunidad son integrados al centro de salud, lo cual garantiza el acceso directo a la población, es decir, todos los ciudadanos ayudan a la labor de salud comunitaria y además aportan económicamente, lo cual genera una inversión adicional a los fondos ya previsto por parte del gobierno de turno. Cabe recalcar que muchos centros de salud son autofinanciados y además otorgan medicamentos gratuitos a personas de escasos o bajos recursos económicos.

La creación de estos centros influye incluso en las universidades y escuelas de medicina debido a la formación de profesionales médicos y enfermeras comunitarias, los cuales se convierten en promotores de la salud debido a que se dan cuenta que la promoción y prevención sirven como herramienta para encontrar posibles soluciones a los problemas existentes en el campo de la salud de los gobiernos actuales. Luego de 30 años de implementar los

centros de salud se volvieron parte esencial de los gobiernos en la región, además de esos son entes que garantizan salud segura debido a la presencia de profesionales comprometidos con la población.

Actualmente, los centros de salud enfrentan un gran problema que es la competitividad de proveedores de insumos médicos, debido a que el gobierno también debe atender las necesidades del sector privado y esto ocasiona que los centros de salud pierdan la gestión pública existente o se encuentren forzados a adquirir contratos con entidades que les interesa poco o nada brindar algún tipo de programa o ayuda social.

1.3.2 Canadá

En Canadá, los centros de salud comunitaria son tomados como ejemplo a nivel mundial, aunque apenas atienden un 13% de la población canadiense. Son considerados básicos a pesar de que el 73% de estos centros de salud no brindan atención médica, sino que su labor radica principalmente en la atención integral e integrada, priorizando el desarrollo comunitario con un enfoque socio – sanitario importante.

Cada centro de salud brinda una atención diferenciada sustentada en las necesidades de cada comunidad; estos centros tienen un directorio llamado Consejo de Dirección el cual se encuentra conformado por 11 a 14 integrantes divididos en:

- Miembros de la comunidad (4)

- Miembros del Centro (4)
- Representantes de los usuarios (2)
- Representante de la fundación si existiere (1)

El epicentro de la creación de estos denominados centros de salud es abordar los principales problemas sociales entre los que se destacan la deserción y el fracaso escolar, violencia intrafamiliar, pobreza extrema, envejecimiento entre otros. La solidaridad de la comunidad se evidencia llevando a cabo actividades colectivas como elaboración de comida de manera grupal, programas de vida activa para adultos de la tercera edad, grupos de ayuda para individuos con algún tipo de trastorno o desviación mental psicológica y diversos grupos de ayuda de todo tipo. La fuerza de estos centros radica en la dinámica local y al contar con los consejos de dirección se garantiza un proceso democrático en base a las elecciones de representantes y consultas para las prioridades y programas que serán llevados a cabo en la comunidad.

1.3.3 Países Nórdicos

Finlandia y sus países aledaños poseen un sistema similar de provisión de servicios de salud, los cuales fueron creados con la finalidad de cubrir tres campos básicos de acción que son:

- Servicios educativos
- Servicios sociales

- Servicios médicos

Los municipios locales son los encargados de administrar y regular estos servicios. En los países nórdicos es notoria la descentralización de competencias, debido en gran parte, a las condiciones geográficas existentes las cuales dificultan la atención y el traslado de un paciente entre unidades de salud.

A principio del siglo XIX, ya se organizaron servicios de salud constituidos por un equipo médico integrado por enfermeras, médicos y hospitales locales. La principal característica de este equipo de salud era su enfoque familiar, además de su versatilidad, brinda una amplia gama de servicios quirúrgicos y especialidades médicas. Existen actualmente redes de centros de salud que cuentan con más de 450 establecimientos completamente equipados y de calidad los cuales atienden un promedio de 10000 a 25000 pacientes por centro asistencial donde los tiempos establecidos para consulta se encuentran dentro de los 13 minutos por paciente.

Estos centros de salud cuentan con equipos tecnológicos de última generación (ultrasonido, endoscopia, radiología, electrocardiograma) y las enfermeras que laboran en estos centros poseen una capacitación especial en enfermería preventiva, valorando principalmente la promoción de la salud, ya que es el primer paso hacia una prevención de calidad. Las unidades de salud se encargan del control materno infantil (prenatal, postnatal, inmunizaciones); existe además un exitoso programa de planificación familiar con enfoque escolar. También presentan programas de visitas domiciliarias para atender a pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas y terminales; asimismo se realiza su

programa de atención al adulto mayor donde se realizan terapias y controles para llevar una vida saludable y su cartera de servicios incluye también atención a personas con capacidades especiales, drogadictos y alcohólicos(Casado, 2009).

CAPITULO II

2.1 Historia Hospital Manglaralto

Con la diversidad de servicios y de la gran expansión y la cobertura sanitaria universal en nuestra región, con los sistemas de sanidad pública, la demanda de los servicios hospitalarios se ha triplicado con las nuevas políticas del estado ecuatoriano, por lo que ha alcanzado expectativas sin precedentes. La necesidad de atención en crecimiento más importante y de mayor demanda es de los servicios ambulatorios. (Pozo, 2012).

La necesidad de cubrir los servicios ambulatorios ha provocado la incorporación de programas de salud y de nuevos centros en las diferentes comunas y que dependen del hospital, como los centros de salud y las clínicas satélites para el tratamiento de las toxicomanías, drogas y alcohol por lo que se hace muy notorio el trato a los pacientes y a lograr una atención adecuada que, en la mayoría de los casos, no llega en la forma como se ha establecido para la satisfacción de las necesidades (Pozo, 2012).

En el Hospital Manglaralto, los esfuerzos se ven dirigidos a impulsar la asistencia ambulatoria, servicios sociales, creación de programas de educación para pacientes y para la comunidad, pero también debe atenderse a los dependientes del hospital, con herramientas que permitan desarrollar los programas de salud con gestión humana, con recursos y medicinas que lleguen oportunamente para lograr el éxito esperado por el cual se propone un modelo de

gestión que coadyuve las actividades en procura del cumplimiento de los objetivos institucionales. (Pozo, 2012).

Con conocimiento de causa cuando se tiene un buen talento humano toda organización funciona, pero existen inconvenientes cuando al mantener cierto grado de calidad de atención en la organización comienza a deteriorarse, pues de esta manera la gente se ve obligada a colaborar para poder realizar sus tareas y solamente cumplir cuando la motivación y el compromiso aparece cuando existe un orden, integración y liderazgo. Pero esto se logra cuando existe una planificación que responda con las expectativas que demanda el hospital, y cuando se aplica un modelo de gestión bien orientado, estructurado y, sobre todo, siempre teniendo en cuenta el talento humano. (Pozo, 2012).

Como principio general, válido tanto en la administración como en otras áreas técnicas, las instituciones deben prevalecer con suma importancia sus procesos operativos como: atención hospitalaria, inventarios, sus activos fijos, etcétera. Una unidad de salud siempre requiere que estas secciones o departamentos funcionen de forma integral y sistemáticamente como se describe a continuación:

- Medicamentos,
- Insumos médicos,
- Profesionales de la salud
- Especialistas de rama,
- Insumos odontológicos,

- Suministros de oficina,
- Suministros de aseo y limpieza
- Instalaciones en estado conforme a la norma de calidad

Así, esta estructura indicada, al referirnos de los medios operativos, son parte fundamental en la investigación inicial. Esta debe estar diseñada de acuerdo para todos quienes deben realizar determinada tarea y quien es responsable por determinados resultados y las posibles soluciones; de esta forma se eliminan las dificultades que ocasiona la asignación de responsabilidades y se logra un sistema de comunicación y toma de decisiones que refleja y cristaliza los objetivos de la institución. (Pozo, 2012).

En el campo administrativo predominan diferentes definiciones y autores con respecto al tema, no obstante, de manera general, la organización es considerada como un conjunto de cargos, cuyas reglas y normas de comportamiento deben sujetarse a todos sus miembros y, así, valerse de este medio que permite a una institución alcanzar sus determinados objetivos. La administración de inventarios aumenta una variante solo si se direcciona a la correcta recepción, manejo y distribución de los bienes y servicios que se manipulan. (Pozo, 2012).

Es una población extensa la que acoge el Hospital Manglaralto, según las "Proyecciones de Población por Provincias, Cantones, Áreas, Sexo y Grupos de Edad 2001 -2010" realizadas y publicadas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), Manglaralto consta con 25.588 habitantes. Además, según su

clasificación por grupo de edades a continuación. Menores de un año 493, de 12 a 23 meses 477, de 1 a 2 años 1.925, de 2 a 4 años 1.447, de 5 a 9 años 2.501, de 10 a 14 años 2.619, de 15 a 19 años 2.633, 20 años y más 15.417. Según el departamento de estadística del hospital las atenciones de pacientes al día son en el área de emergencia 400 pacientes, en el área de consulta externa 250 pacientes, en el área de hospitalización 22 pacientes. (INEC, 2007)

Tabla 7

Proyección de población según grupos programáticos INEC, 2007

Grupos de edad							
Menores de un año	De 12 a 23 meses	De 1 a 2 años	De 2 a 4 años	De 5 a 9 años	De 10 a 14 años	De 15 a 19 años	20 años y mas
493	477	1.925	1.447	2.501	2.619	2.633	15.417

Para esto es necesario conocer cuántas áreas de distribución se manejan en el área de salud. El Área de Salud N°4 Manglaralto está dividido en diferentes sitios que constituyen el espacio físico del mismo. A continuación, se detallan las diversas áreas:

ÁREA “A”:

- Dirección
- Administración
- Farmacia
- Financiero
- Estadística

ÁREA “B”:

- Enfermería
- Laboratorio
- Rayos X
- Odontología

ÁREA “C”:

- Residencia
- Cocina
- Ropería y Lavandería
- Mantenimiento

ÁREA “D”:

- Hospitalización
- Sala de Hombres
- Sala de Mujeres
- Sala de niños
- Sala de Partos
- Quirófanos
- Central de Esterilización

- Bodega
- Departamento de Recursos Humanos

ÁREA “E”:

- Preparación y Vacunación
- Emergencia
- Consultorio 1
- Consultorio 2
- Consultorio 3
- Consultorio 4
- Banco de Sangre
- Cobertura de servicio a la comunidad

2.1.1 Estrategia Filosófica

“En un mundo de rápidos y profundos cambios, donde las personas tienen más necesidades y las instituciones públicas tratan de cubrirlas, el hospital de Manglaralto específicamente trata de buscar nuevas acciones y estrategias que ayuden a la solución de los problemas de manera precisa, creativa y decisiva a fin de cumplir con los objetivos institucionales”(Pozo, 2012).

2.1.2 Misión

“Brindar a toda la comunidad de la parroquia Manglaralto una atención médica gratuita, basada en una gestión eficaz, transparente, efectiva y de calidad”(Pozo, 2012).

2.1.3 Visión

“Ser un hospital modelo a nivel Provincial, garantizando la excelencia en los servicios que ofrece mediante el respeto, la optimización de los recursos, y la equidad en atención a cualquier paciente de la parroquia Manglaralto” (Pozo, 2012).

2.1.4 Valores

Responsabilidad

“Cumplir con sus obligaciones con buen esmero y afán en todas las tareas que se asignen pero cuidando siempre en atender con prioridad las necesidades de la ciudadanía” (Pozo, 2012).

Ética

“Sostener una conducta honesta y transparente, preocupada por el bienestar de la colectividad” (Pozo, 2012)

Integridad

“Deben ser auténticos, sus palabras deben tener coherencia con lo pensado y lo realizado” (Pozo, 2012).

Honestidad

“Actuar en forma correcta en su trabajo diario, no deberá pedir o aceptar prestación o compensación de ninguna clase para atender a los usuarios” (Pozo, 2012).

Compromiso

“Tener la fuerza y el valor de cumplir con lo prometido, a fin de lograr los objetivos trazados” (Pozo, 2012).

Transparencia

“Como profesionales que son los que laboran en el hospital, deben estar siempre a la disposición posible de la ciudadanía. Trabajando siempre con la verdad sin ocultar nada” (Pozo, 2012).

Eficiencia

“Emplear de manera correcta los procesos y métodos para lograr los objetivos” (Pozo, 2012).

2.2 Análisis Organizacional

Este análisis nos permitirá la recopilación y estudio de los medios en que se desenvuelven el hospital de Manglaralto, dichas investigaciones de los antecedentes nos contribuirán a formular mejor el problema de investigación, por tanto, se empieza con el de la casa de salud de la siguiente manera:

2.2.1 Análisis Externo

El análisis externo del Hospital Manglaralto, área de salud N° 4 Manglaralto, está basado en esos puntos importantes que afectan directa o indirectamente el desempeño de la institución, por tanto, en esta investigación se recopiló información que limita de alguna manera a la misma, como las tendencias sociales, económicas, políticas, culturales y tecnológicos.

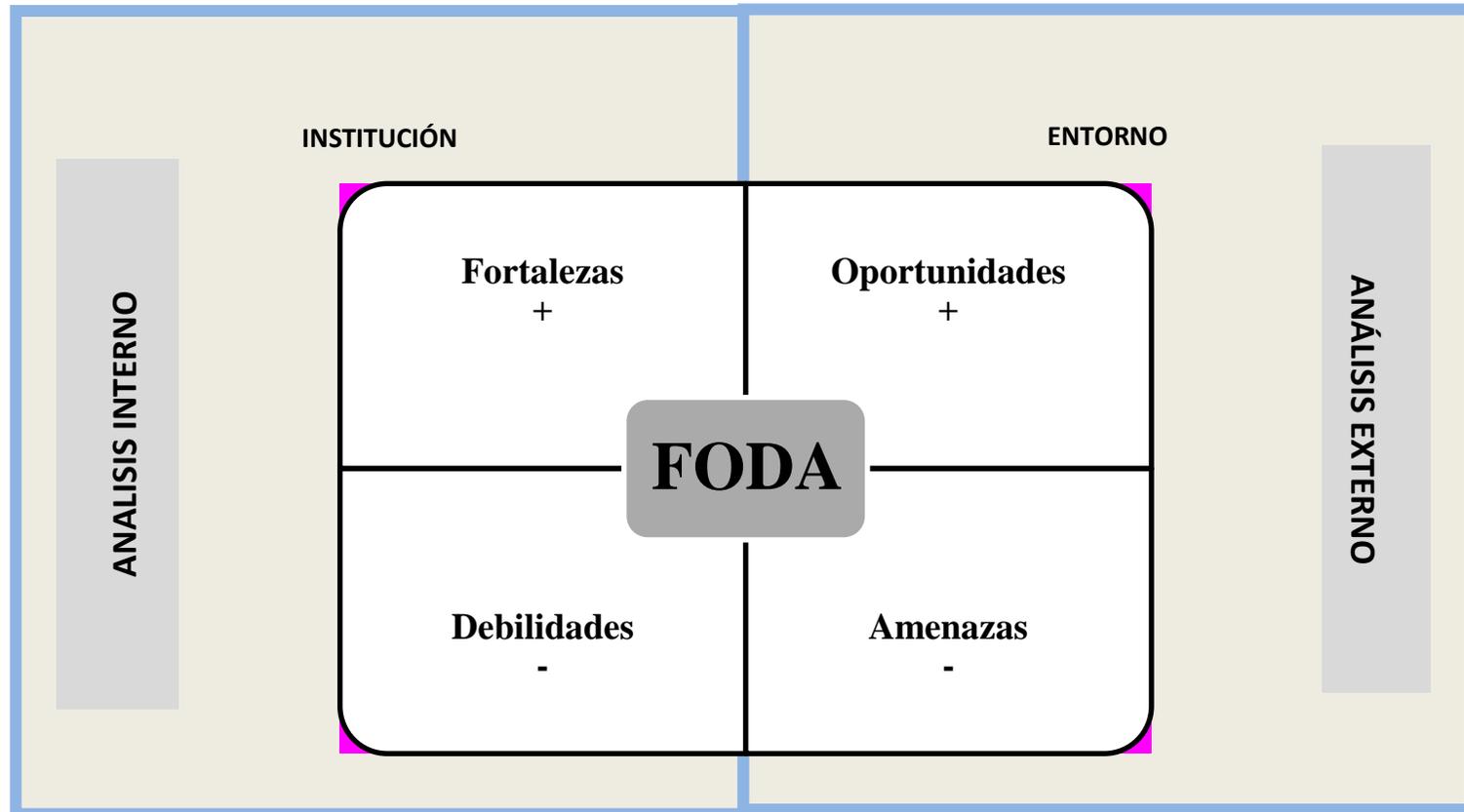
Por tanto, se debe tener en cuenta los problemas y las variables relativas al sector de intervención antes mencionadas que, de alguna u otra forma, intervienen en el ambiente externo del hospital Manglaralto, teniendo como resultado deficiencias en la calidad del servicio, por lo que al identificar las oportunidades y amenazas nos ayudará a mejorar los procesos administrativos. Todo esto posibilitará las respuestas a la problemática, la misma a la que se buscará la posible solución.

2.2.2 Análisis Interno

El crecimiento demográfico y el aumento de la demanda de necesidades por parte de los habitantes de la parroquia Manglaralto, ha llevado a realizar cambios estructurales. Es así que después de la investigación se concluyó que se debe adoptar un modelo de gestión pública que permita establecer con facilidad los procesos que se realizan en la institución. Este modelo permitirá la aplicación de estrategias y técnicas en proyectos ejecutables en la casa de salud, lo que determinará las fortalezas y debilidades con las que cuenta el hospital de Manglaralto.

2.2.3 Método de Análisis Situacional

Metodología del análisis situacional



2.2.4 F.O.D.A. del Hospital Manglaralto

Tabla 8.- F.O.D.A.

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuenta con información de salud actualizada y territorializada. 2. Actitud positiva de los funcionarios para la implementación de estrategias para mejorar la calidad del servicio. 3. Personal profesional comprometido con la salud pública. 4. Cuenta con la asignación de un presupuesto determinado. 5. Estructura física de fácil acceso y ubicación a la población de Manglaralto. 6. Sistemas informáticos entrelazados con la red nacional de salud pública. 7. Medicinas gratuitas para los pacientes del hospital. Manglaralto. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trámite burocrático en el hospital de Manglaralto. 2. Atención inadecuada debido a la demanda de servicios. 3. Bajos niveles de satisfacción al usuario por el servicio recibido. 4. El presupuesto del hospital Manglaralto es insuficiente para cubrir ciertas las necesidades. 5. Espacio físico insuficiente para satisfacer la demanda de usuarios. 6. Tecnología obsoleta y de vida útil cumplida. 7. Escasez de medicamentos.

OPORTUNIDADES

1. Implementación de proyectos de gestión para mejorar la calidad de servicio con distintas fuentes de financiamiento.
2. Políticas y programas de gobierno que se difunden en medios de comunicación sobre los servicios de salud con calidad y calidez.
3. Apoyo del gobierno local (alcalde del GAD de Santa Elena).
4. Cooperación internacional con recursos humanos especializados en temas de salud.
5. Convenios institucionales para la realización de proyectos en la casa de salud.

AMENAZAS

1. Cambio de leyes o políticas en temas de salud.
 2. Crisis económica que perjudica al Presupuesto General del Estado y la asignación del mismo al sector público.
 3. Zona con alto índice de pobreza.
 4. Falta del desarrollo local.
 5. Crisis política que generen una inestabilidad en el sector público.
-

F.O.D.A. Estratégico

Tabla 9.- F.O.D.A. Estratégico

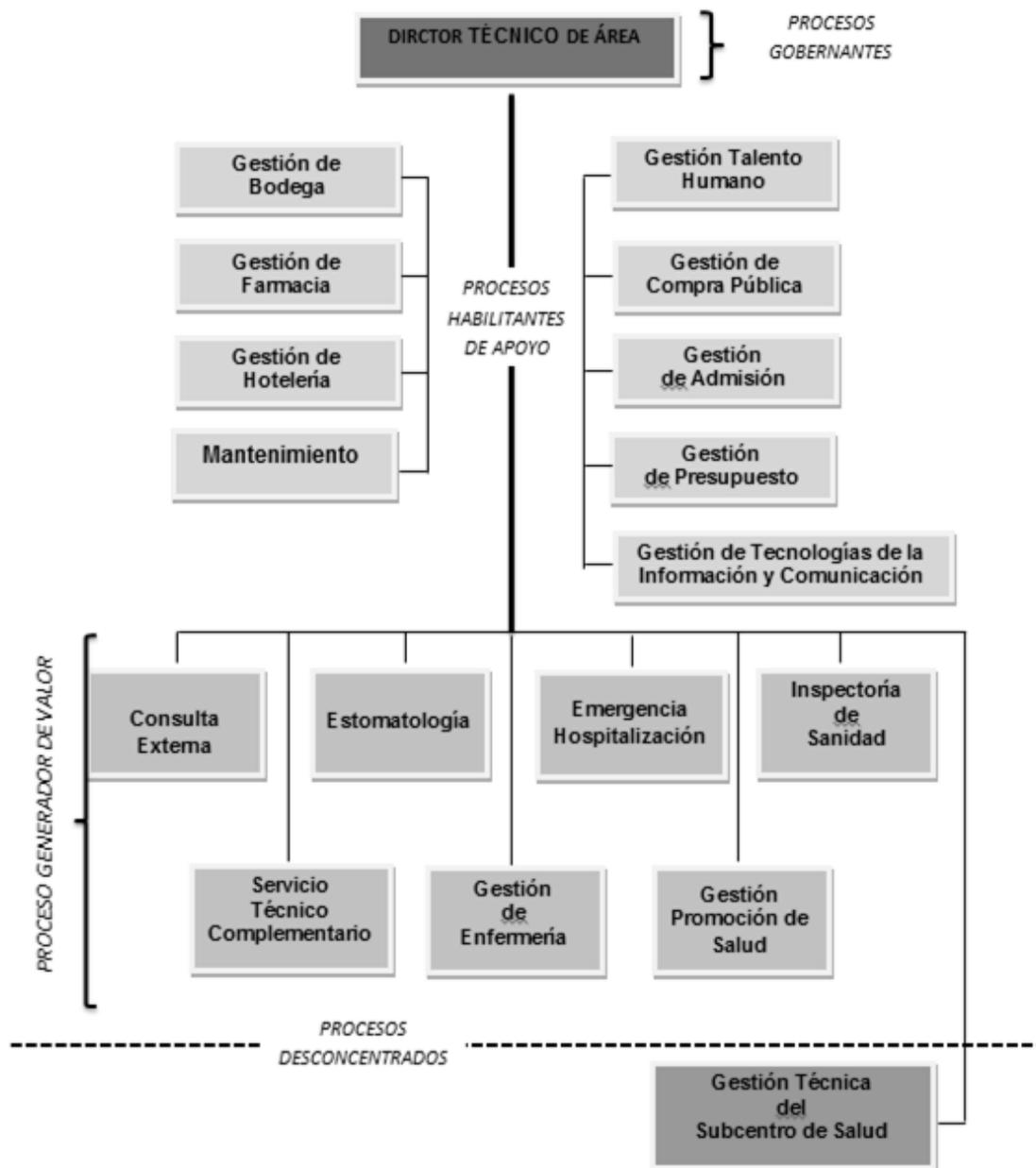
	ANÁLISIS FORTALEZAS (F)	DEBILIDADES (D)
ANÁLISIS INTERNO	Cuenta con información de salud actualizada y territorializada.	Trámite burocrático en el hospital de Manglaralto.
	Actitud positiva de los funcionarios para la implementación de estrategias para mejorar la calidad del servicio.	Atención inadecuada debido a la demanda de servicios.
ANÁLISIS EXTERNO	Personal profesional comprometido con la salud pública.	Bajos niveles de satisfacción al usuario por el servicio recibido.
	Cuenta con la asignación de un presupuesto determinado.	El presupuesto del hospital Manglaralto es insuficiente para cubrir ciertas las necesidades.
	Estructura física de fácil acceso y ubicación a la población de Manglaralto.	Espacio físico insuficiente para satisfacer la demanda de usuarios.
	Sistemas informáticos entrelazados con la red nacional de salud pública.	Tecnología obsoleta y de vida útil cumplida.
	Medicinas gratuitas para los pacientes del hospital Manglaralto.	Escasez de medicamentos.

OPORTUNIDADES (O)	ESTRATEGIA F/O	ESTRATEGIA D/O
Implementación de proyectos de gestión para mejorar la calidad de servicio con distintas fuentes de financiamiento.	F1-O4 Aprovechar el recurso humano internacional para realizar proyectos de servicios de salud especializados para los pacientes de este hospital que no son atendidas.	D2-O2 Plantear una eficiente organización para abastecer la demanda del hospital.
Políticas y programas de gobierno que se difunden en medios de comunicación sobre los servicios públicos de calidad y calidez.	F2-O1 Plantear nuevos objetivos estratégicos con planes para innovar el servicio en el hospital con la autogestión.	D3-O3 Diseñar y difundir estrategias de fortalecimiento institucional para cambiar la imagen del hospital.
Apoyo del gobierno local (alcalde del GADs de Santa Elena).	F3-O2 Aprovechar el apoyo gubernamental para capacitar al personal en técnicas interactivas de mejoras de calidad.	D5-O1 Remodelar y ampliar las instalaciones con fondo local o internacional.
Cooperación internacional con recursos humanos especializados en temas de salud.	F5-O3 Equipar al hospital para atender la demanda de necesidades de los usuarios.	D6-O5 Gestionar el equipamiento tecnológico necesario para el hospital.
Convenios institucionales.		

AMENAZAS (A)	ESTRATEGIA F/A	ESTRATEGIA D/A
Cambio de leyes o políticas en temas de salud.	F1-A1 Aprovechar la actual estabilidad política en tema de salud para viabilizar o concretar proyectos de investigación en la parroquia.	D1-A1 Revisar las políticas y procedimientos para disminuir los tiempos de espera y mejorar la calidad del servicio que percibe el usuario de la parroquia.
Crisis económica que perjudica al Presupuesto General del Estado y la asignación del mismo al sector público.	F3-A3 Emplear la vocación del personal profesional del hospital en campañas de prevención a fin de satisfacer las necesidades en la comunidad.	D4-A2 Diseñar estrategias de autogestión para financiamiento de proyectos en el hospital.
Zona con alto índice de pobreza.	F5-A4 Explotar la existencia del hospital en la parroquia para gestionar obras en beneficio de la comunidad con instituciones gubernamentales.	D6-A4 Fortalecimiento de estrategias y políticas institucionales.
Falta del desarrollo local.		
Crisis política que generen una inestabilidad en el sector público.		

2.3 Estructura Administrativa

La propuesta de un organigrama estructural para este hospital de Manglaralto conformada por las dependencias existencias nos permitirá alcanzar la productividad, eficiencia y calidad en el cumplimiento de la misión, visión, valores y procesos antes mencionados.



CAPÍTULO III

Metodología de Investigación

3.1 Tipo de estudio

La investigación desarrollada se encuentra dentro del tipo de estudio descriptivo y transversal. En la presente investigación se comparó las variables, proceso mediante el cual se pudo determinar si las personas en estudio poseen bases de conocimiento con responsabilidad y conciencia frente a la Atención Primaria en Salud aplicando los conocimientos respecto a Enfermería Comunitaria y correcta interpretación de la propuesta Modelo de Atención Integral en Salud, es realizado en un corto plazo. Esta investigación es de campo y se realizó en el Hospital Básico Manglaralto, donde se visitó a los profesionales de la salud. El trabajo de investigación tiene enfoque cuantitativo y se logró identificar los conocimientos presentes en los profesionales. El trabajo de investigación tiene enfoque cuantitativo por que se logró cuantificar el número y porcentaje; identificando los conocimientos de cada uno de los profesionales.

3.2 Población y muestra

Población: La población objeto de esta investigación fueron 127 profesionales de la salud, del Hospital Básico Manglaralto, considerando enfermeras, médicos, técnicos en enfermería, auxiliares de enfermería y promotores de salud.

Muestra: Se utilizó un muestreo no probabilístico como sujeto de estudio se seleccionó a 40 profesionales de la salud, exclusivamente enfermeras y auxiliares de enfermería para cumplir con los objetivos propuestos.

Criterios de inclusión

- Asistencia regular al lugar de trabajo.
- Profesionales de la salud que realicen actividades de enfermería.

Criterios de exclusión

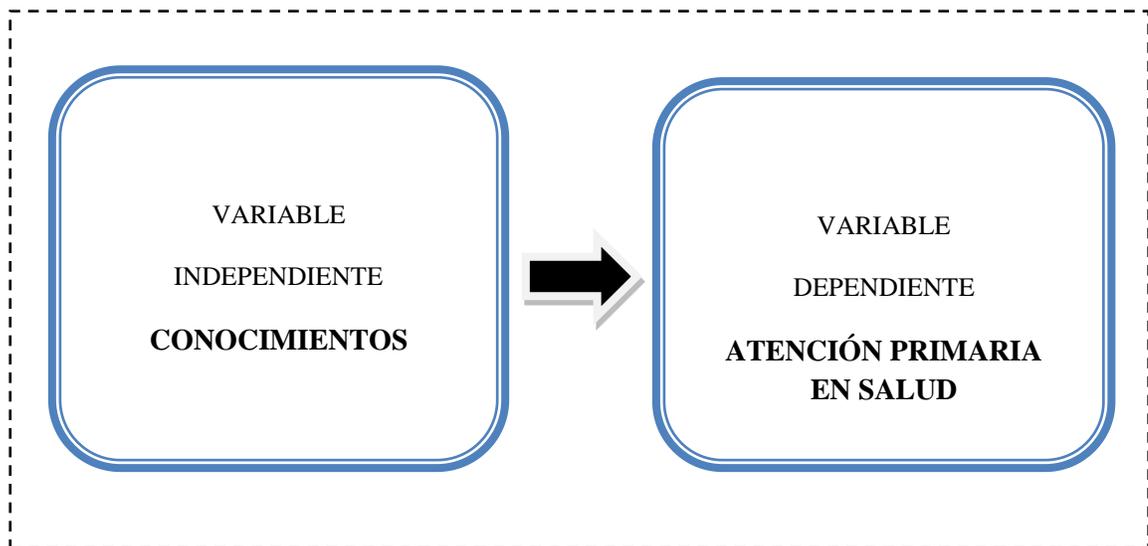
- Profesionales de la salud que no realicen actividades de enfermería.
- Los profesionales que no desean participar se retiran durante la encuesta.

3.3 Variables a Investigar

3.3.1 Esquema de variables

Tabla 10

Esquema de variables



Sistema de variables

Variable Independiente.

Conocimiento: Conjunto de ideas que posee una persona acerca de (APS) Atención Primaria en Salud, (MAIS) Modelo de Atención Integral en Salud, de tal manera que la / los profesionales en enfermería interioricen conceptos básicos en salud pública.

Variable Dependiente.

Atención Primaria en Salud: Disciplina que sintetiza los conocimientos teóricos y las habilidades prácticas de la enfermería y de la salud pública y los aplica como alternativas o estrategias en la comunidad con el fin de promover, mantener y restaurar la salud.

3.3.2 Operacionalización de las variables

Conocimiento: Conjunto de ideas que posee una persona acerca de (APS) Atención Primaria en Salud, (MAIS) Modelo de Atención Integral en Salud, de tal manera que la / los profesionales en enfermería interioricen conceptos básicos en salud pública.

Tabla 11

Conocimiento sobre atención primaria en salud (APS)

DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA
Atención Primaria en Salud	Concepto de Atención Primaria en Salud	<p>a. Primer nivel de contacto del sistema nacional de salud ante el individuo, familia o comunidad, con enfoque hacia la promoción, prevención en cualquier etapa de la vida.</p> <p>b. Puerta de entrada obligatoria al sistema de salud</p> <p>c. Atención de salud a la familia o comunidad.</p>
	Ejes fundamentales APS	<p>a. Participación comunitaria, Descentralización.</p> <p>b. Intersectorialidad, Tecnología apropiada.</p> <p>c. Participación comunitaria, Intersectorialidad, Tecnología apropiada, Descentralización.</p>
	Tipología de las Unidades de Salud	<p>a. Primer Nivel: Puestos de salud, Centros de salud rural, Centro de salud urbano, Centro de salud 24 horas, (80%) de capacidad resolutive.</p> <p>b. Segundo Nivel: Hospitales Generales, Hospitales básicos, (15%) de capacidad resolutive.</p> <p>c. Tercer Nivel: Hospitales de Referencia Nacional, (5%) de capacidad resolutive.</p>

Tabla 12

Conocimiento sobre modelo de atención integral en salud (MAIS).

DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA
Modelo de Atención Integral en Salud	Definición	a. Se orienta al cuidado y recuperación de la salud considerando determinantes: conductuales, biológicas, ambientales y sociales con enfoque familiar comunitario e intercultural. b. Comportamientos que conciernen a la satisfacción de las personas.
	Información	a. Sí b. No
	Objetivo	a. Consolidar la estrategia de APS-R en los niveles de atención b. Redireccionar los sistemas sanitarios c. Fortalecer la recuperación del individuo, familia, comunidad
	Determinantes de la Salud	a. Conductuales: Hábitos, costumbres, creencias, actitudes comportamiento. b. Biológicas: Genes, edad, género, nutrición, inmunidad, vigor c. Ambientales: Aire, agua, tierra, fuego d. Sociales: Relaciones familiares, situación financiera, trabajo.

Tabla 12

Autoconocimientos sobre un modelo de gestión

DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA
Modelo de gestión	Información	a. Sí
		b. No
	Concepto	a. Acción a consecuencia de administrar
		b. Gestionar algo
		c. Guía para el cumplimiento de actividades
Elementos	a. Sistema de planificación	
	b. Sistema de información	
	c. Sistema de control	
	d. Sistema de regulación	
	e. Sistema de comunicación social	

Atención Primaria en Salud: Disciplina que sintetiza los conocimientos teóricos y las habilidades prácticas de la enfermería y de la salud pública y los aplica como alternativas o estrategias en la comunidad con el fin de promover, mantener y restaurar la salud.

Tabla 13

Conocimiento sobre enfermería comunitaria.

DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA
Enfermería Comunitaria	Información	a. Sí b. No
	Responsabilidad	a. Lcdo. En Enfermería b. Técnico en Enfermería c. Auxiliar en Enfermería
		f. Enfermería en salud pública g. Enfermería social
		Sinónimos
	Concepto	a. Disciplina que sintetiza conocimientos teóricos y las habilidades prácticas y los aplica para promover, mantener y restaurar la salud de la comunidad.
		b. Brindar cuidados en asistenciales. c. Capacitar a la comunidad
		Rol de enfermería
	Etapas del proceso de enfermería. (PAE)	a. Valoración b. Diagnóstico c. Planificación d. Ejecución e. Evaluación

3.4. Técnicas e instrumentos para la obtención de datos.

Se utilizó como técnica la entrevista para crear un ambiente de confianza; esta técnica permite obtener información real y concisa. El cuestionario consta de preguntas abiertas y cerradas que corresponden a las variables y dimensiones usadas en esta investigación (Delgado, 2010).

Entrevista.- Se realizó a los directivos encargados del hospital con el objetivo de verificar si conocen algún modelo o programa o protocolo para asignar funciones al personal contratado para esta área de enfermería comunitaria. Encuestas.- Se realizó encuestas dirigidas a los profesionales que realicen actividades de enfermería, cuya finalidad es conocer la información que poseen sobre Atención Primaria en Salud, Modelo de Atención Integral en Salud, enfermería comunitaria y posteriormente diseñar elementos para un modelo de gestión de enfermería comunitaria (Delgado, 2010).

3.5. Prueba Piloto

Se efectuó una prueba piloto de la encuesta en otra institución con 10 profesionales de la salud que realicen actividades de enfermería, con las mismas características de los criterios de inclusión lo cual permitió evaluar el nivel de comprensión de los ítems y comprobar la efectividad del instrumento.

Procedimiento para la obtención de datos.

Luego de la autorización, el señor director encargado presentó la solicitud a los profesionales y posteriormente se pudo coordinar y pedir la colaboración de cada uno de ellos. Se solicitó el horario de los profesionales y se realizó una selección de

acuerdo a las actividades que realizan; se escogió al personal de enfermería. Para la entrevista previa a la encuesta de la población en estudio, fue necesaria la visita al Hospital Manglaralto los días lunes, miércoles y viernes.

3.6. Consideraciones Éticas

Se realizó un oficio dirigido al señor director encargado del Hospital Básico Manglaralto donde se llevó a cabo el presente trabajo de investigación; además un consentimiento informado a los profesionales para realizar las encuestas.

3.7 Procesamiento y Presentación de Información

Se usaron gráficos y cuadros estadísticos, herramientas necesarias que permiten presentar los datos de manera reducida y ayudan a la mejor comprensión de los mismos (APA, 2016).

3.8 Talento Humano

Autora:

- Jeiddy Dalila Zavala Panchana

Sujetos de estudio

- Profesionales de la salud que realizan actividades de enfermería en el Hospital Básico Manglaralto

Tutor del proyecto de investigación

- Dr. Francisco Obando MSc.

3.9. Análisis de los Resultados

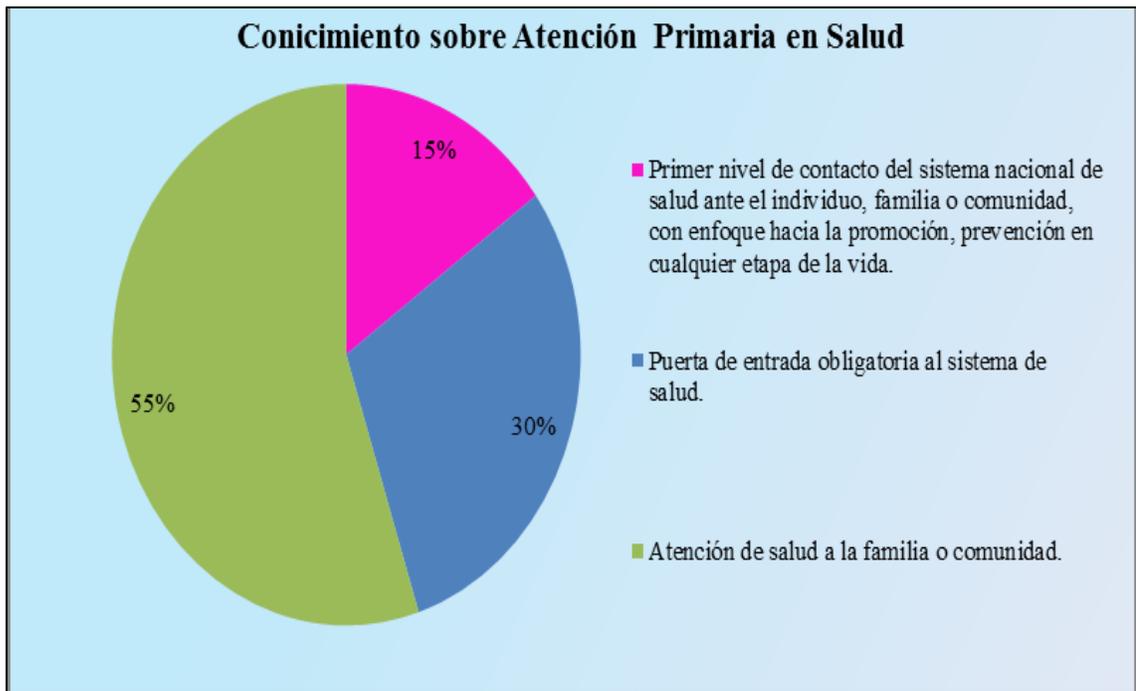
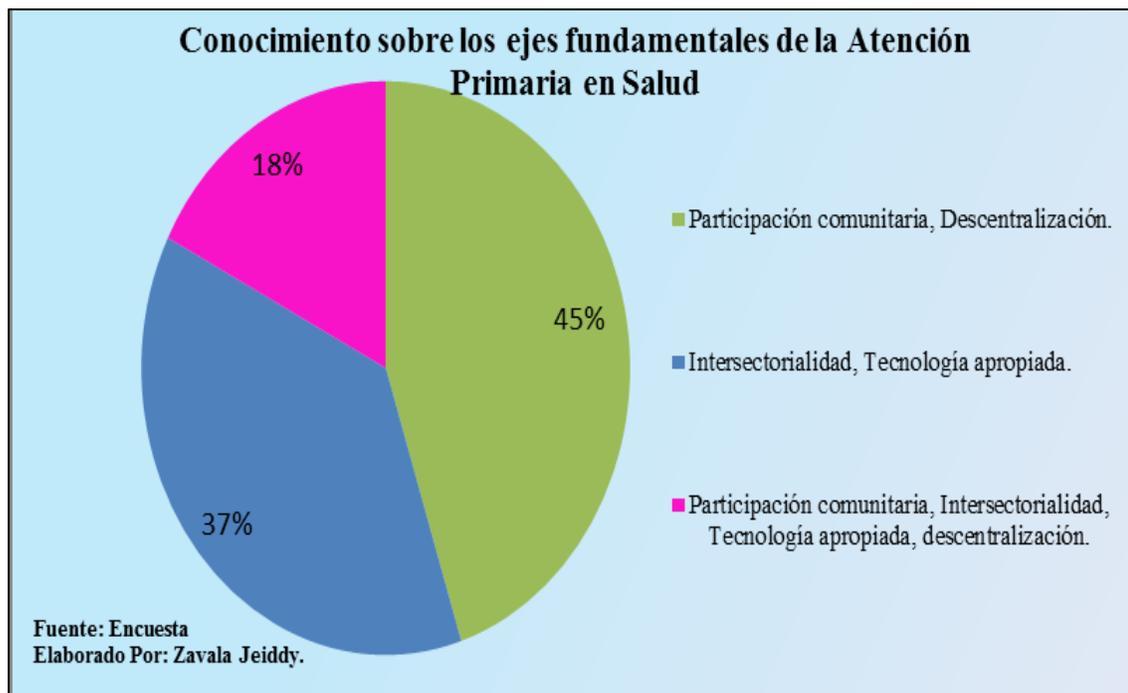


Figura 1

Conocimiento sobre Atención Primaria

La figura demuestra claramente que la mayoría de los profesionales (85%) desconocen el significado de atención primaria en salud, es decir que solo el 15 % conocen el concepto según García Ariel (2012) refiere que atención primaria en salud es el primer nivel de contacto del sistema nacional de salud ante el individuo, familia o comunidad, con enfoque hacia la promoción, prevención en cualquier etapa de la vida.

Figura 2



Conocimiento sobre los ejes fundamentales de la atención primaria en salud

En el gráfico se evidencia que menos de la tercera parte de la población de profesionales con un 18% si tienen claramente definido los ejes fundamentales de la atención primaria en salud, como dice Fernández (2007) que es Participación comunitaria, Intersectorialidad, Tecnología apropiada, descentralización, mientras que las dos terceras partes con un 82% de los profesionales aún no tienen bien claro los ejes de la APS, siendo fundamentales para realizar las actividades en salud primaria.

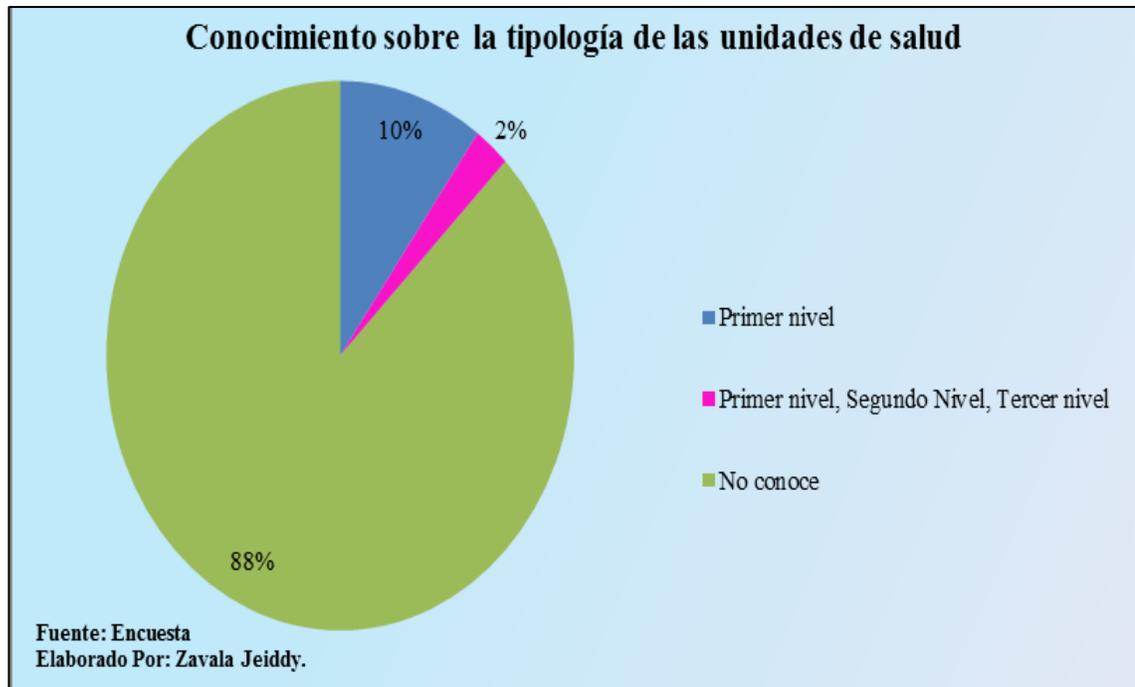


Figura 3

Conocimiento sobre la tipología de las unidades de salud

Los datos estadísticos arrojan un gráfico donde se observa con preocupación que los profesionales tienen conocimientos deficientes en cuanto a esta temática, puesto a que el 88% afirma que desconocen la tipología de las unidades de salud, el 10% indicaron que es el primer nivel, y solo el 2% contestó que se refiere al primer nivel, segundo nivel y tercer nivel según el MSP (2012), cabe recalcar que este trabajo es realizado en un hospital y se demuestra la deficiencia de conocimientos sobre temas básicos, evidentemente se debe fomentar la capacitación a los profesionales.

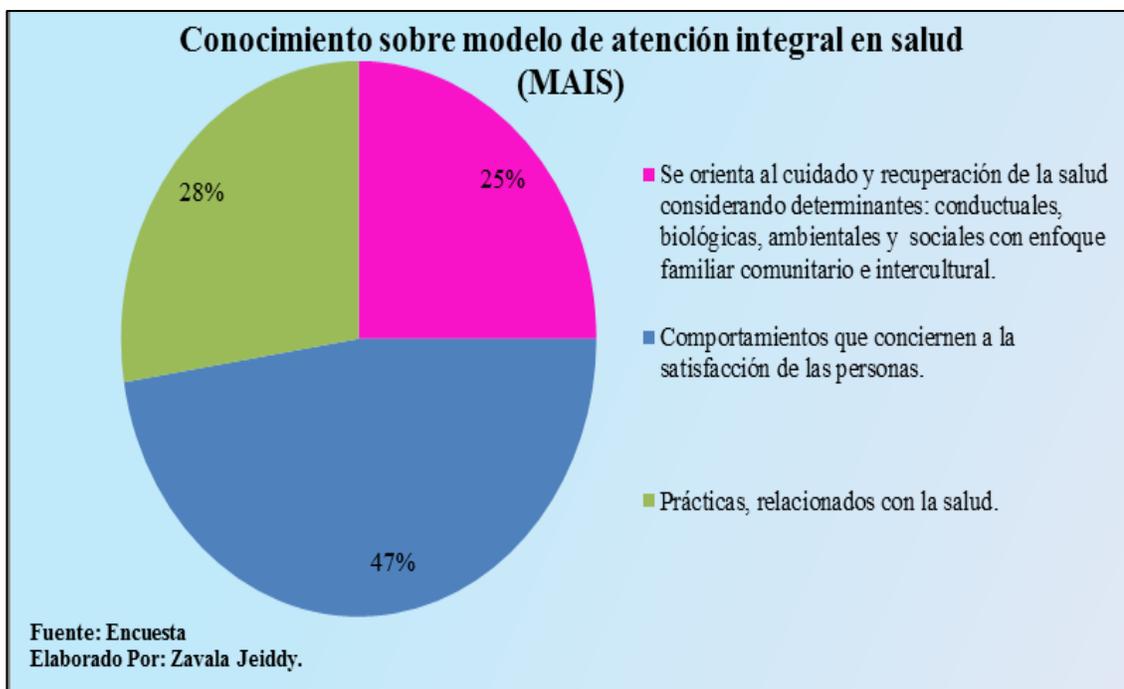
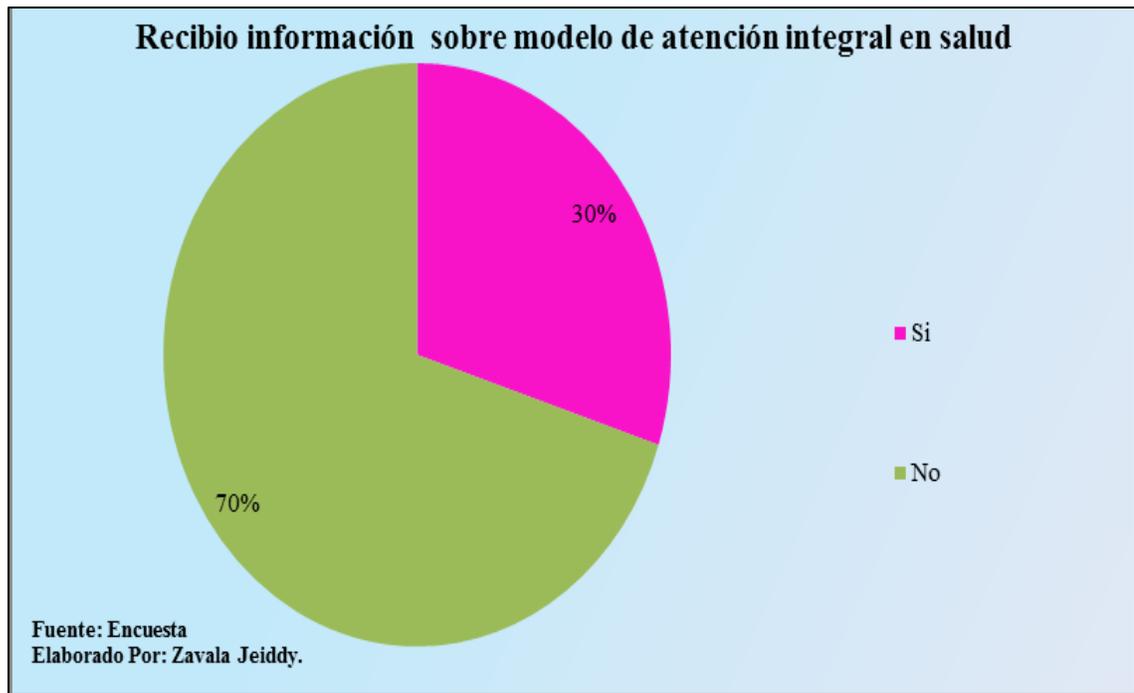


Figura 4

Conocimiento sobre modelo de atención integral en salud (MAIS)

El gráfico demuestra la puntuación de las opciones de los encuestados, la cuarta parte de la población si conoce sobre el modelo de atención integral en salud con un 25%, mientras que las dos terceras partes con un 75% tienen conocimientos insuficientes sobre esta temática. Para el MSP (2012) el MAIS se orienta al cuidado y recuperación de la salud considerando determinantes: conductuales, biológicas, ambientales y sociales con enfoque familiar comunitario e intercultural.

Figura 5



Recibió información sobre modelo de atención integral en salud (MAIS)

En la encuesta diagnóstica se observó, que cerca de la mitad de los encuestados con el 30% han recibido información sobre modelo de atención integral en salud, sobre objetivos, definición, mientras que el 70% afirma que no (MSP, 2012).

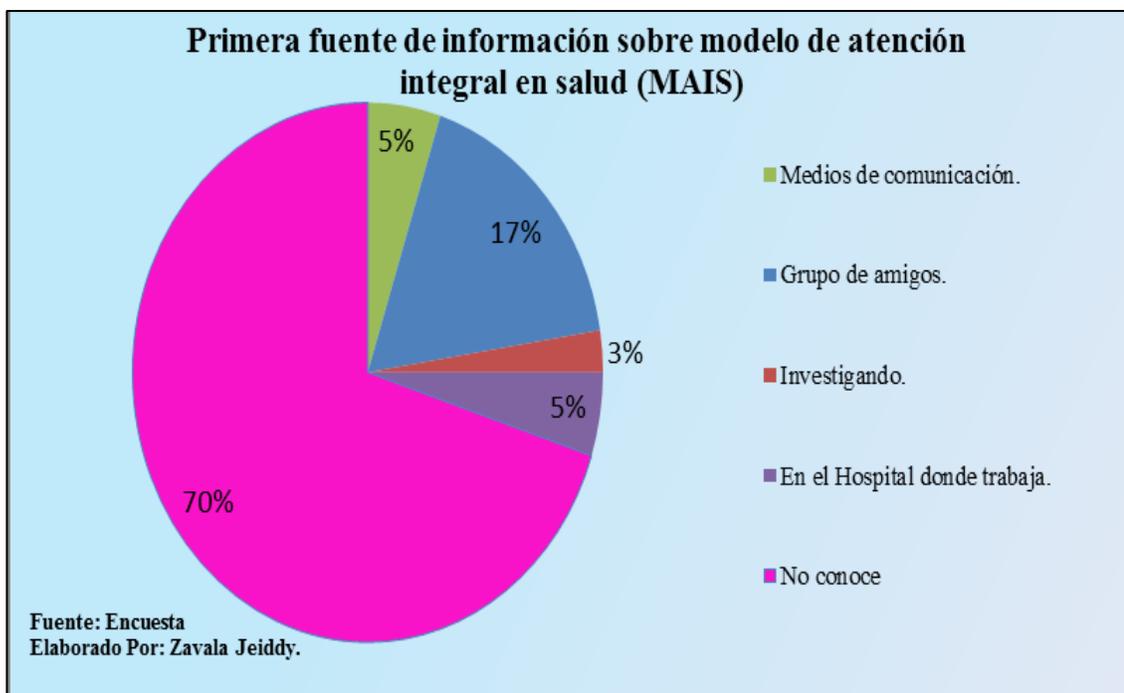
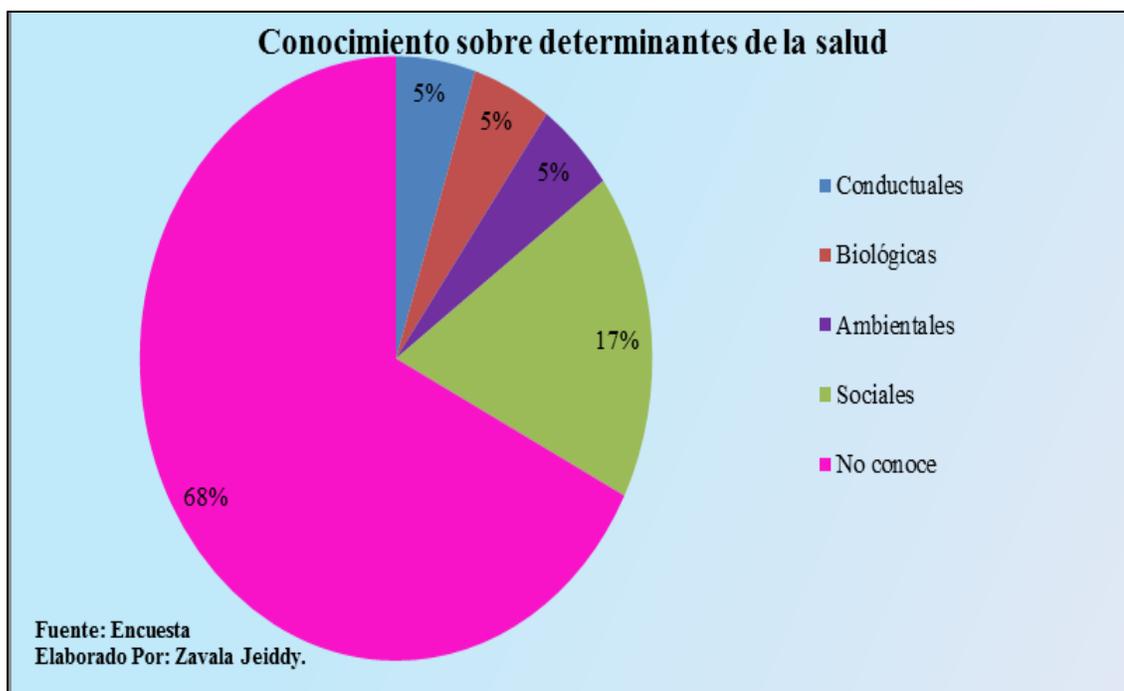


Figura 6

Primera fuente de información sobre modelo de atención integral en salud (MAIS)

En el gráfico se evidencia que la información sobre modelo de atención integral en salud que poseen los encuestados es de tipo informal y que tienen un concepto distorsionado respecto al tema, debido a que la mayor parte de información recibida es de grupo de amigos con un 17%, el 5% por medios de comunicación, el 3% investigando, el 70% no conoce y solo una minoría con un 3% recibió información en el lugar donde trabaja.

Figura 7

*Conocimiento sobre determinantes de la salud*

En el gráfico se evidencia desconocimiento debido a que la mayoría de los encuestados contestaron que no conocen cuales son los determinantes de la salud con un 68%, el 5% dice determinantes conductuales, el 5% dice determinantes biológicas, el 5% determinantes ambientales, y el 17% dice determinantes social según el MSP (2012) los determinantes de la salud son factores complejos que al actuar de manera combinada determinan los niveles de salud de los individuos y comunidades y son conductuales, bilógicas, ambientales y sociales.

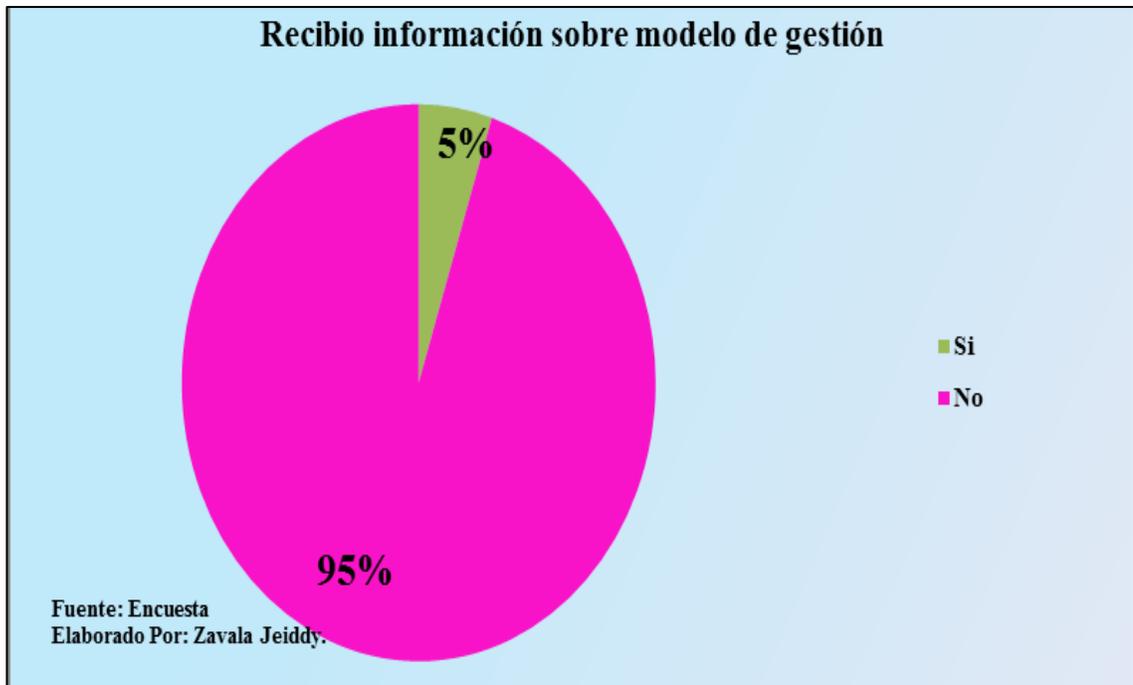


Figura 8

Recibió información sobre un modelo de gestión

Los resultados de esta tabla y gráfico llaman la atención debido a que el 95% de los encuestados afirman que no recibieron información acerca de un modelo de gestión de enfermería comunitaria, y solo una minoría con un 5% dice que si recibió información.

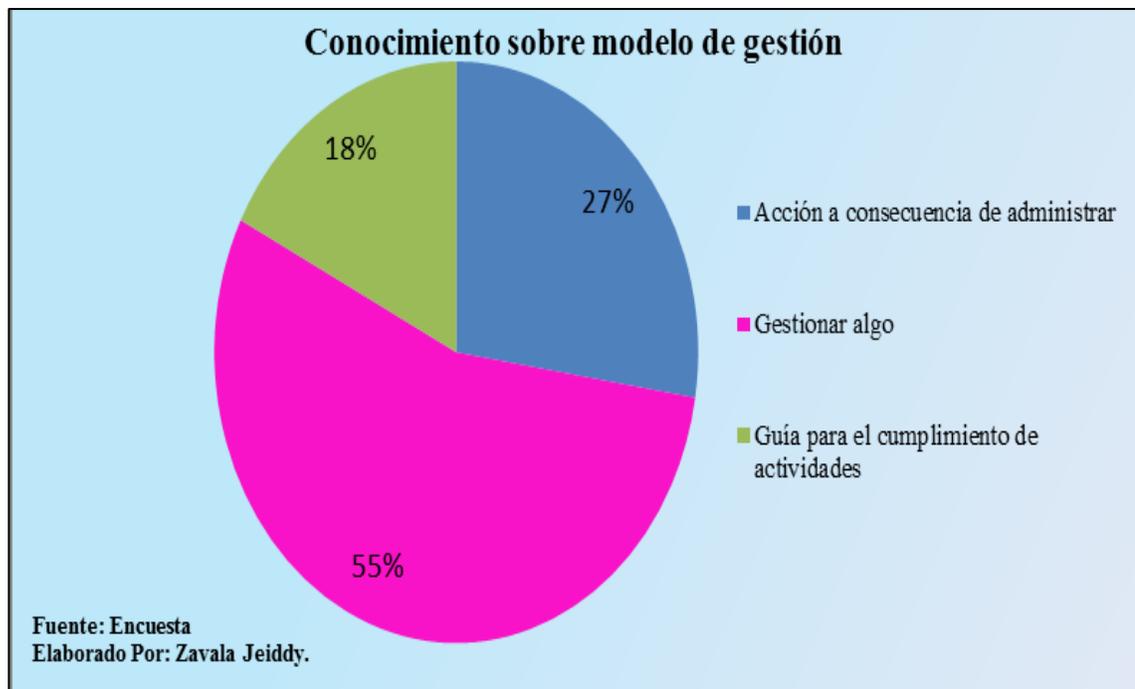


Figura 9

Conocimiento sobre modelo de gestión

Los datos estadísticos arrojan un gráfico donde se observa la percepción de los encuestados sobre esta temática, el 27% dice que un modelo de gestión es acción a consecuencia de administrar, el 55% afirma que es gestionar algo y el 18% dice que es una guía para el cumplimiento de actividades.

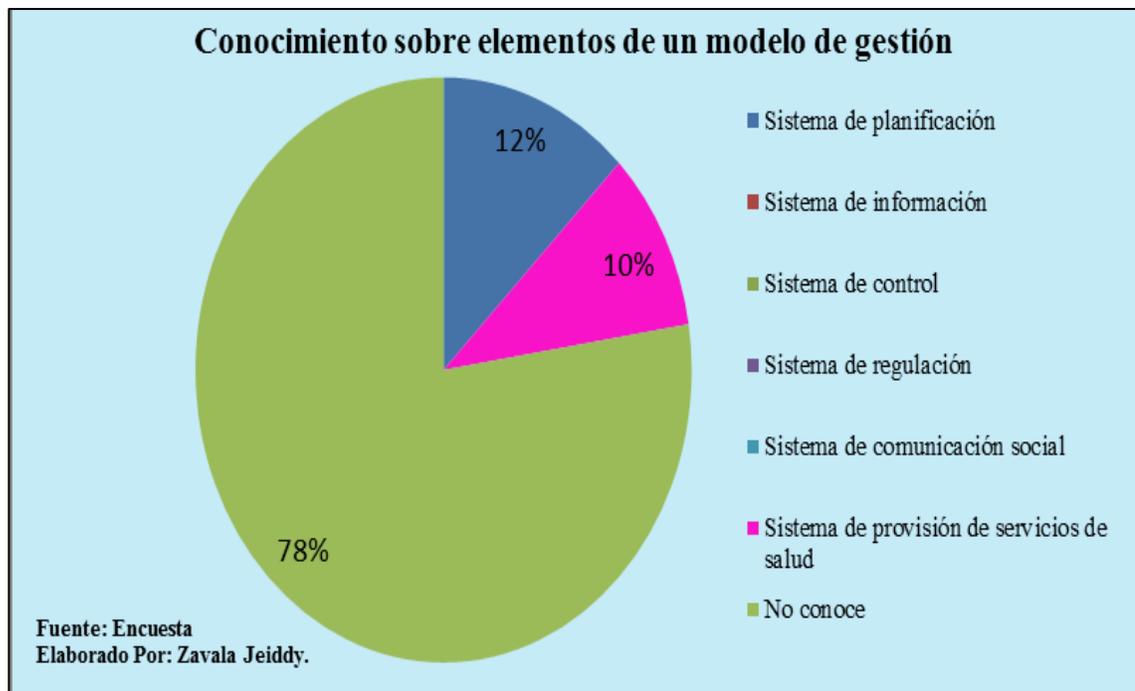


Figura 10

Conocimiento sobre elementos de un modelo de gestión

El gráfico estadístico demuestra la puntuación de las opciones de los encuestados, el 12% dice que es el sistema de planificación, el 10% afirma que es el sistema de información, mientras que el 78% de los profesionales dice que no conoce; Los elementos de un modelo de gestión que son sistema de planificación, sistema de información, sistema de control, sistema de regulación, sistema de comunicación social, sistema de provisión de servicios de salud.

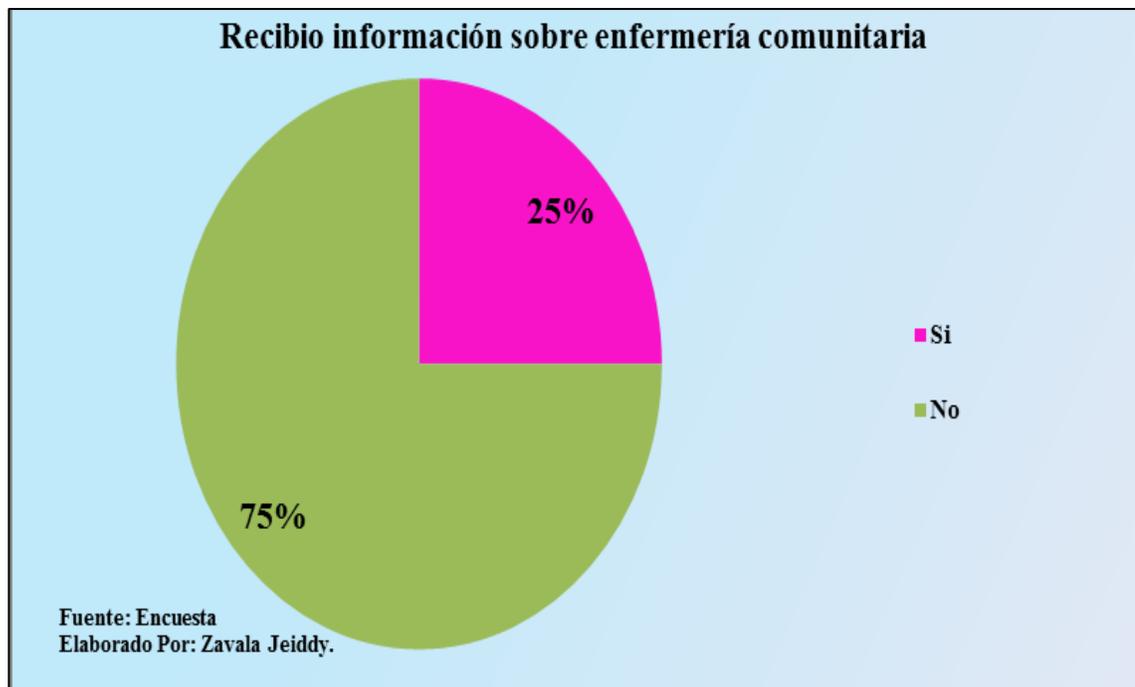


Figura 11

Recibió información sobre enfermería comunitaria

Esta información es considerada de importancia para este trabajo de investigación debido a que solo la cuarta parte de los encuestados afirman que recibieron información acerca de enfermería comunitaria con un 25%, mientras que el 75% de la población dice que no.

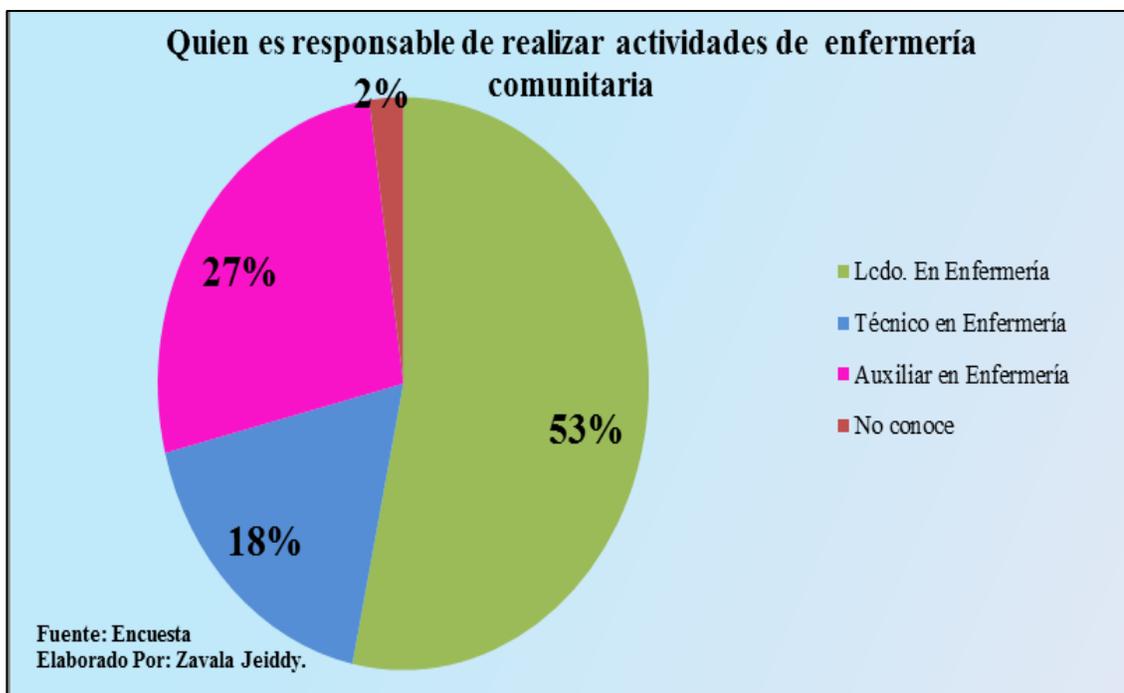


Figura 12

Quien es responsable de realizar actividades de enfermería comunitaria

El gráfico demuestra la puntuación de las opciones de los profesionales encuestados sobre quien es el responsable de realizar actividades de enfermería comunitaria de los sujetos en estudio el 53% dice que es responsabilidad del licenciado en enfermería, el 18% del técnico en enfermería, el 27% del auxiliar de enfermería y solo el 2% dice que ninguno, es importante recalcar que las actividades netamente de enfermería sobre promoción y prevención en la comunidad o en APS son de todos los profesionales de la salud que realicen actividades de enfermería.

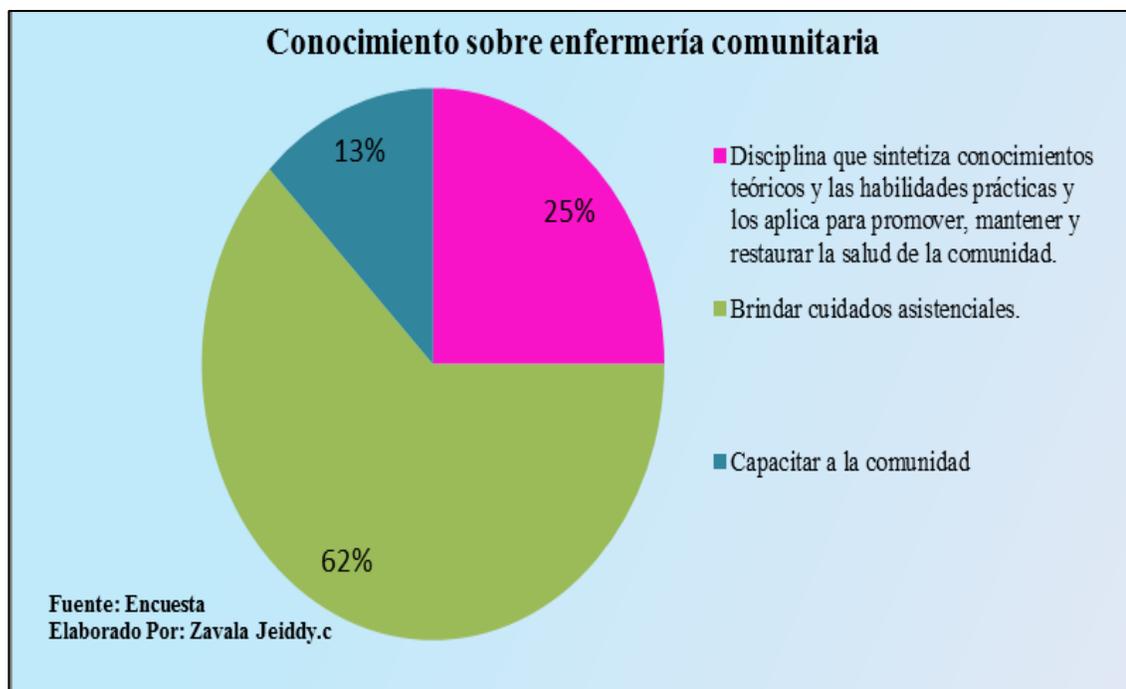


Figura 13

Conocimiento sobre enfermería comunitaria

El gráfico demuestra claramente que la mayoría de los profesionales con un 75% desconocen el concepto de enfermería comunitaria, es decir que menos de la cuarta parte con un 25% tiene bien claro el concepto, que es una disciplina que sintetiza conocimientos teóricos y las habilidades prácticas y los aplica para promover, mantener y restaurar la salud de la comunidad como dice la (OMS, 2014).

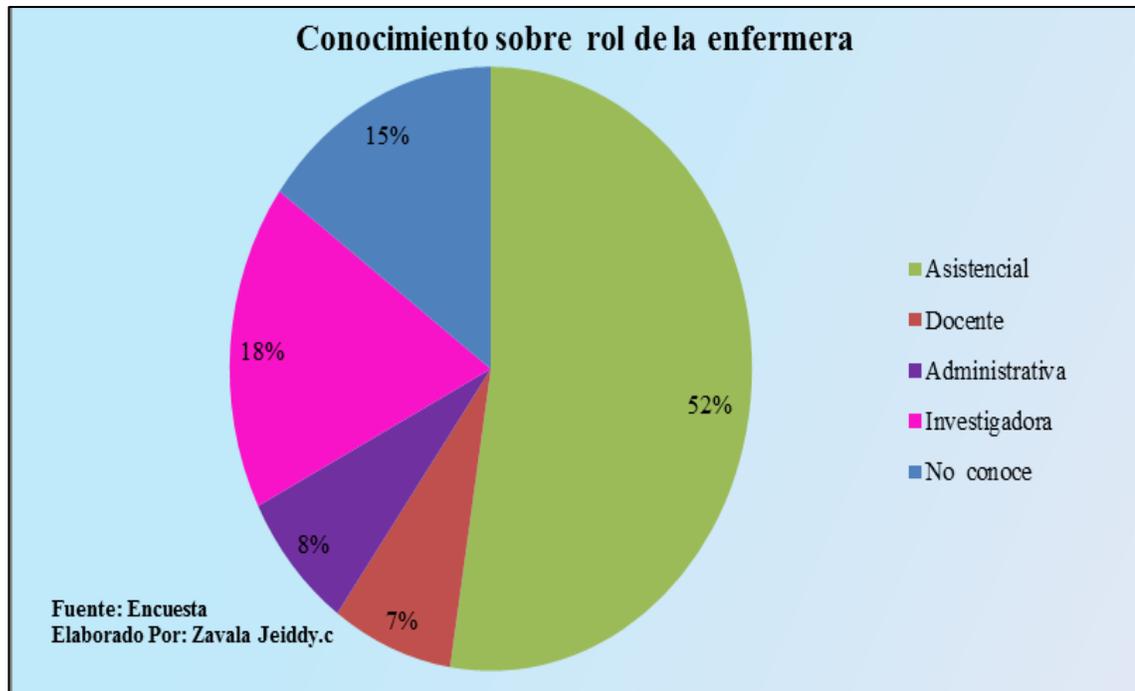


Figura 14

Conocimiento sobre rol de la enfermería

Los datos estadísticos muestran un gráfico donde se observa con preocupación que los profesionales tienen conocimientos deficientes acerca de su profesión, el 15% afirma que no conoce el rol de la enfermería, y el 52% manifiesta que el rol es netamente asistencial, el 18% dice que es investigadora, el 8% que es administrativa, el 7% docente, es importante recalcar que según NANDA (2015) el rol de la enfermera es asistencial, docente, administrativa, investigadora.

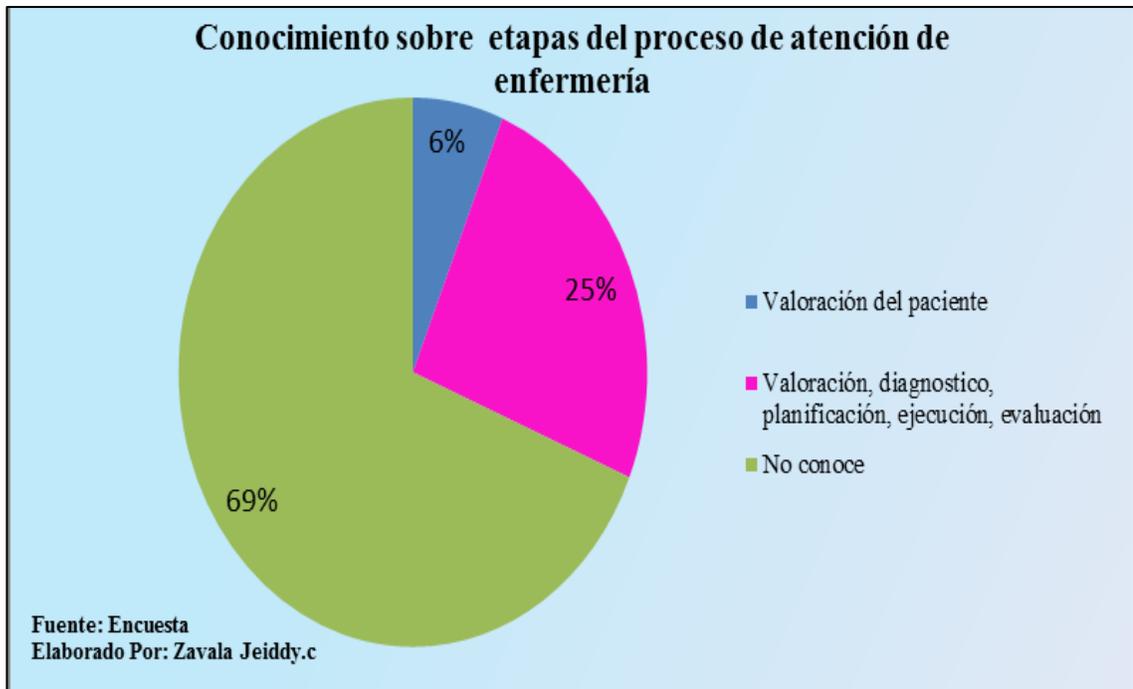


Figura 15

Conocimiento sobre etapas del proceso de atención de enfermería

El gráfico demuestra la puntuación de las opciones de los profesionales encuestados, el 69% afirma que no conoce sobre el proceso de atención de enfermería PAE, el 6% dice que es la valoración del paciente, y solo el 25% conoce que es valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación como lo dice NANDA (NANDA, 2015).



Figura 16

Conocimiento sobre etapas del proceso de atención de enfermería

En la encuesta la información de este gráfico explica que el 97% de los profesionales de la salud que realizan actividades de enfermería si desean recibir información, por lo que veo la necesidad de crear mi propuesta, elementos constitutivos de un modelo de gestión de enfermería comunitaria.

CAPÍTULO IV

Propuesta: Diseño de sistemas para un Modelo de Gestión de Enfermería Comunitaria

CONTENIDOS

Luego de realizar el presente estudio, se ha visto la necesidad de desarrollar en el Hospital Básico de Manglaralto, varios sistemas que ayuden en la implementación de un modelo de gestión de enfermería comunitaria, para su posterior socialización a los profesionales de la salud que realicen actividades semejantes, con la finalidad de que la institución mejore continuamente en cuanto a la asignación de funciones del personal contratado para esta área y brinde una atención oportuna y eficiente al individuo, a la familia o comunidad.

ANTECEDENTES

En la actualidad, es necesario prepararse para afrontar retos y cambios en cuanto a temas de salud; realizar este trabajo será útil puesto que de esta manera se contribuye al mejoramiento del Modelo de Atención Integral en Salud del Ministerio de Salud Pública. En lo que respecta a enfermería comunitaria, será un gran avance estandarizar las funciones y actividades de enfermería a realizarse en el primer nivel de atención; de esta manera se podrá orientar a los profesionales y dotarlos de conocimientos para que, de manera motivada, realicen intervenciones donde la colectividad lo requiera, concientizando la responsabilidad individual y colectiva que lleve a una determinada población a adoptar estilos de vida saludables, basados en los principios de universalidad, solidaridad, calidad y calidez. Todo esto ante la necesidad de poner a disposición del personal de enfermería en el primer nivel de

atención en salud, un proceso de atención a la persona en sus diferentes ciclos de vida, en los ambientes: Familiar, Comunidad, Educativo, Laboral.

MARCO INSTITUCIONAL

El presente trabajo se encuentra elaborado luego de realizar un cuestionario evaluativo a los profesionales del *Hospital Básico MANGLARALTO*, debido a los resultados obtenidos a través de la encuesta realizada, la misma que permitió conocer mucho a los profesionales y sobre esta problemática.

El modelo de gestión de enfermería comunitaria y los elementos constitutivos para su posterior socialización a los profesionales de la salud, constará de los sistemas: planificación; información; control; regulación; comunicación social; y provisión de servicios de salud, siendo estos de mucho interés para los profesionales de la salud, específicamente, los que realicen actividades de enfermería, como también de ayuda a la institución para estandarizar las funciones y actividades.

La oportunidad como profesional de Enfermería y como futura Máster en Gerencia en servicios de la salud, es poder ser impulsadora y pionera en estos temas de importancia, y de esta manera contribuir al mejoramiento del sistema del Ministerio de Salud Pública en lo que respecta a enfermería comunitaria, para fomentar el autocuidado en el individuo, familia y comunidad. Tomando de guía la teoría de *Dorothea Orens*, una enfermera basada en el autocuidado, cabe recalcar que el trabajo a realizar es administrativo y de enfermería, demostrando los roles de: investigación, educación, administrativas y técnicas.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Diseñar un Modelo de Gestión de Enfermería Comunitaria

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Motivar a los profesionales de la salud utilizando estrategias para la participación activa del personal.
- Descripción de funciones y actividades sobre planificación, información, control, regulación, comunicación social, provisión de servicios de salud.
- Instruir a los profesionales de la salud sobre Atención Primaria en Salud, Modelo de Atención Integral en Salud, Enfermería Comunitaria.

ACTIVIDADES

- Conferencias motivacionales brindadas por expertos en temas de salud comunitaria.
- Premiar, trimestralmente, al empleado más destacado de la institución.
- Capacitaciones constantes y gratuitas sobre el modelo de gestión en salud.
- Capacitaciones a todo el personal sobre Atención Primaria en Salud, Modelo de Atención Integral en Salud, y Enfermería Comunitaria.
- Proyección de videos y repartición de trípticos o folletos instructivos.

Tabla 12

Presupuesto de Propuesta

RUBROS	TOTAL
IMPRESIONES	50,00
VIDEO EDUCATIVO	25,00
INTERNET	25,00
REFRIGERIO	200,00
TRANSPORTE	100,00
IMPREVISTOS	100,00
TOTAL	500,00

Nota: El financiamiento para poder desarrollar el modelo de gestión de enfermería comunitaria se obtendrá mediante gestión dirigida al gobierno por medio del Ministerio de Salud Pública y de acuerdo al requerimiento de cada distrito y sector. Es necesario contratar una enfermera líder, cinco enfermeras asistenciales y que se le atribuya un sistema a cada una; la actividad se deberá realizar cada trimestre en el auditorio del distrito para un control adecuado y de esta manera asegurar su eficacia, es decir el costo anual para su implementación que es de \$ 1500 dólares. El presupuesto para el personal es un mensual de \$1200 dólares como servidor público

5, es decir presupuesto anual de \$14400 a cada una. El total de presupuesto requerido será de \$87900 anuales.

Metodología

- Inductivo
- Deductivo
- Activa – Participativa.

Universo

6 Enfermeros Profesionales que realicen actividades de enfermería comunitaria

Meta

Que las autoridades de los distritos de salud analicen este Modelo de Gestión de Enfermería comunitaria y lo implementen de acuerdo a las necesidades de cada sector, ya que de esta manera se mejorará la calidad de vida de la colectividad y de los sectores rurales, en donde se disminuirá el congestionamiento de las salas de un hospital.

Desarrollo de la Propuesta

Tabla 13

Elementos constitutivos de un modelo de gestión de enfermería comunitaria.

1. Planificación	Eje integrador: Atribuciones en el proceso de planificación / programación técnica operativa.
2. Información	Eje integrador: Atribuciones en el proceso de procesamiento de información.
3. Control	Eje integrador: Atribuciones en el proceso de vigilancia epidemiológica.
4. Regulación	Eje integrador: Atribuciones en el proceso de reglamentación, normalización y protocolización.
5. Comunicación social	Eje integrador: Atribuciones en el proceso de comunicación para la promoción de la salud a grupos de interés y proveedores.
6. Provisión de servicios de salud	Eje integrador: Atribuciones en el proceso de atención integral a las personas en los diferentes ciclos de vida y en los ambientes, familiar, comunidad, educativo, laboral y establecimientos de salud.

Elementos constitutivos de un modelo de gestión de enfermería comunitaria dirigida a profesionales de la salud que realicen actividades de enfermería en el Hospital Básico Manglaralto

1. Planificación

Tabla 14

Eje integrador: Atribuciones en el proceso de planificación / programación técnica operativa

N° DE LA ATRIBUCIÓN	ATRIBUCIÓN ESPECÍFICA DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES A REALIZAR
1	Elaborar el plan anual operativo (PAO) con el equipo polifuncional del establecimiento de salud.	1.1 Revisión de la evaluación del PAO del año anterior. 1.2 Actualización de diagnóstico de salud. 1.3 Revisión de lineamientos técnicos del ente rector. 1.4 Socialización del PAO con el personal.
2	Presentación del PAO para el cumplimiento de metas con el equipo polifuncional.	2.1 Revisar el documento 2.2 Preparar el material para su presentación 2.3 Presentación del PAO 2.4 Aprobación y ajustes al PAO 2.5 Socializar el PAO con el equipo de salud y los diferentes sectores involucrados que provisionan servicios de salud.
3	Presentación de resultados para análisis y forma de decisiones con el equipo polifuncional.	3.1 Recolectar resultados 3.2 Análisis e interpretación de resultados 3.3 Presentación de resultados 3.4 Diseñar e implementar estrategias según resultados
4	Identificación de necesidades de investigación según diagnóstico situacional	4.1 Elaborar el diagnóstico de necesidades de investigación 4.2 Priorizar necesidades de investigación
5	Realizar investigación operativa según diagnóstico situacional.	5.1 elaborar y o investigar instrumentos de investigación 5.2 Operativizar la Investigación 5.3 Elaborar y presentar resultados

2. Información

Tabla 15

Eje integrador: Atribuciones en el proceso de procesamiento de información

N° DE LA ATRIBUCIÓN	ATRIBUCIÓN ESPECÍFICA DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES A REALIZAR
6	Diseño de Instrumentos	6.1 Diseñar instrumentos para capturar datos relacionados con el quehacer de enfermería
7	Registro de Información	7.1 Registrarv diariamente las actividades de enfermería 7.2 Consolidar información
8	Evaluación y análisis de datos	8.1 Evaluar los resultados 8.2 Analizar los resultados 8.3 Elaborar plan contingencial

3. Control

Tabla 16

Eje integrador: Atribuciones en el proceso de vigilancia epidemiológica.

N° DE LA ATRIBUCIÓN	ATRIBUCIÓN ESPECÍFICA DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES A REALIZAR
9	Elaborar diagnóstico de la situación epidemiológica con el equipo polifuncional.	9.1 Revisar los datos de la información epidemiológica 9.2 Establecer prioridades
10	Análisis de información con el equipo polifuncional	10.1 Analizar la información recopilada 10.2 Elaborar propuesta de intervención
11	Ejecutar intervenciones operativas de planes contingenciales con el equipo polifuncional	11.1 Analizar lineamientos de acuerdo a normas y protocolos de atención. 11.2 Realizar acciones
12	Monitorear y evaluar las intervenciones con el equipo polifunciona	12.1 Recolectar, revisar y analizar informes de vigilancia epidemiológica diaria, semanal, mensual para tomar decisiones. 12.2 Seguimiento a casos 12.3 Elaborar y enviar informes
13	Verificar con el equipo polifuncionsl la calidad de los bienes y servicios afectados	13.1 Monitorear la aplicación de normas y protocolos en los diferentes procesos de atención a la persona y al medio ambiente.
14	Análisis con el equipo polifuncional de los resultados obtenidos en la verificación de los procesos de atención para la toma de decisiones.	14.1 Discutir y analizar resultados obtenidos 14.2 Diseñar y ejecutar acciones correctivas 14.3 Verificar y evaluar planes de acción

4. Regulación

Tabla 17

Eje integrador: Atribuciones en el proceso de reglamentación, normalización y protocolización.

N° DE LA ATRIBUCIÓN	ATRIBUCIÓN ESPECÍFICA DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES A REALIZAR
15	Investigación, revisión y actualización de los reglamento, normas y protocolos con el equipo polifuncional.	15.1 Investigar si existen normas, y peotocolos de atención. 15.2 Revisar y actualizar reglamentos, normas, protocolos y metodología establecida.
16	Elaborar con el equipo polifuncional los reglamentos normas y protocolos de atención si no existen.¿	16.1 Diseñar reglamentsimento, normas y protocolo según metodología establecida
17	Plantear necesidades deregulacion con el equipo polifuncional de acuerdo a criterios establecidos.	17.1 Identificar y priorizar necesidades de regulación 17.2 Proponer necesidasdes de regulación
18	Validar reglamentos, normas tecnico- administrativa y protocolos de atención con el personal de enfermería	18.1 Validar los reglamentos, normas y protocolos elaborados 18.2 Socializar los documentos de regulación

5. Comunicación social

Tabla 18

Eje integrador: Atribuciones en el proceso de comunicación para la promoción de la salud de grupos de interés y proveedores

N° DE LA ATRIBUCIÓN	ATRIBUCIÓN ESPECÍFICA DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES A REALIZAR
19	Definir y actualizar con el equipo polifuncional los objetivos del IEC	19.1 Identificar necesidades del IEC 19.2 Diseñar los objetivos de IEC de acuerdo a las necesidades identificadas.
20	Diseño y actualización de mensajes relacionados a cada grupo.	20.1 Revisar el material educativo existente 20.2 Elaborar mensajes de acuerdo a los objetivos del IEC 20.3 Utilizar oportunamente el material y mensajes educativos en cada grupo objetivo.
21	Retroalimentar con el personal de enfermería a los objetivos del IEC	21.1 Realizar jornadas educativas para retroalimentar los objetivos del IEC.

6. Provisión de Servicios de Salud

Tabla 19

Eje integrador: Atribuciones en el proceso de atención integral a las personas en los diferentes ciclos de vida y en los ambientes familiar, comunidad, educativo, laboral y establecimiento de salud.

N° DE LA ATRIBUCIÓN	ATRIBUCIÓN ESPECÍFICA DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES A REALIZAR
22	Promoción al núcleo familia sobre derechos del niño y la niña y adolescentes.	22.1 Revisar información e identifica la familias de riesgo. 22.2 Elaborar y ejecutar plan de intervención, evaluar resultados.
23	Promocionar al núcleo familiar sobre derechos sexuales y reproductivos.	23.1 Elaborar plan de acción para impartir charlas sobre derechos sexuales y reproductivos dirigida a padres, alumnos de establecimientos educativos.
24	Brindar educación y atender a grupos afectados sobre violencia intrafamiliar y explotación sexual.	24.1 identificar familias en riesgo. 24.2 Elaboración de protocolos a las familias con violencia intrafamiliar. 24.3 Educación sobre autoestima a grupos. 24.4 Promover hábitos de esparcimiento en la familia.
25	Desarrollar habilidades que favorezcan el comportamiento en la familia	25. 1 Enseñar prácticas sobre higiene personal. 25.2 Coordinar y facilitar una atención cuando exista patología.
26	Promoción de acciones a desarrollar para mantener nuestro medio ambiente saludable.	26. 1 Mantener acciones de saneamiento ambiental. 26.2 Realizar visitas domiciliarias. 26.3 Educación a grupos promotores, líderes comunitarios, sobre medidas preventivas de deterioro ambiental, manipulación de alimentos.
27	Desarrollar acciones dirigidas a mujeres en edad fértil y hombres para el fomento de prácticas de corresponsabilidadfamiliar.	27.1 Charlas a grupos sobre ventajas de planificación familiar, consecuencias del embarazo precoz. 27.2 Brindar consejería sobre métodos de planificación familiar y salud reproductiva.

28	Promoción del adulto mayor sobre los derechos del adulto mayor.	<p>28.1 Incorporar a personas de la 3ra edad a participar en actividades sociales dirigidas a la comunidad (grupos de apoyo).</p> <p>28.2 Tomar en cuenta opiniones de adultos mayores.</p> <p>28.3 Realizar con las familias actividades grupales de adultos mayores.</p> <p>28.4 Brindar atención preventiva y gratuita de salud a adultos mayores que lo requieran.</p>
29	Brindar consejería a parejas para mantener la integración familiar	29.1 Ejecutar acciones de parejas para fomentar la integración familiar.

CONCLUSIONES

- Que en el Hospital Básico Manglaralto se establezca un cronograma de actividades y se capacite a los profesionales sobre el modelo de gestión de enfermería comunitaria.
- Existe evidencia muy clara que la mitad de los profesionales estudiados desconocen sobre temas básicos como; Atención Primaria en Salud (APS), y Modelo de atención Integral en salud (MAIS) y modelo de gestión de enfermería comunitaria (MGEC).
- Existe pocos profesionales que conocen sobre enfermería comunitaria, pero desconocen sobre la existencia de un modelo para su desarrollo de actividades lo cual crea un problema para que sea exitoso.
- Se encontró una poca proporción de profesionales estudiados que dieron respuesta a estos conocimientos y la fuente de información es de tipo informal entre ellos grupo de amigos con un 17%, el 5% por medios de comunicación, el 3% investigando, el 70% no conoce y solo una minoría con un 3% recibió información en el lugar donde trabaja, la totalidad de ellos manifestó gran interés en ampliar sus conocimientos de fuentes de tipo formal.

RECOMENDACIONES

- El Hospital Básico Manglaralto como institución debe tener mucha consideración con estos resultados; para con asesoría técnica profesional implementar capacitación sobre temas básicos Atención Primaria en Salud (APS), Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) y enfermería Comunitaria.

- Aplicar la propuesta de este trabajo de investigación en el Hospital Básico Manglaralto, que es modelo de gestión de enfermería comunitaria, aplicando el Plan Operativo Anual (PAO) y los elementos constitutivos, sistema de planificación, sistema de información, sistema de control, sistema de regulación, sistema de comunicación social, sistema de provisión de servicios de salud, fortaleciendo conocimientos, para que sea ejecutada en el menor tiempo posible.

GLOSARIO

Salud: Es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades.

Persona: Individuo, Familia, Grupo, Comunidad, entendido desde un marco holístico-humanista. El individuo como ser biopsicosocial, espiritual y cultural, no es la suma de las partes sino una interacción del todo.

Autocuidado: Es la práctica de actividades que los individuos realizan en favor de sí mismos para mantener la vida, la salud, el bienestar de esta manera prevenir.

Familia: Es el núcleo de la sociedad, es un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco que viven juntos por un período indefinido de tiempo.

Hábitos: Son unas pautas de comportamiento que ayudan a los niños/as a estructurarse a formarse, es hacer una misma cosa todo el tiempo sin esfuerzo alguno.

Prevención: Actuar para que un problema no aparezca o al menos para que disminuyan sus efectos.

Promoción: Es el conjunto de actividades, técnicas y métodos que se utilizan para lograr objetivos específicos.

Medicina preventiva: Comprende las medidas profilácticas tendientes a preservar la salud trata de evitar que se altere la salud, por la acción de enfermedades diversas.

Diagnóstico: Segunda etapa del proceso de enfermería, se analizan datos acerca del paciente para identificar los problemas que constituirán la base del plan de cuidados.

Conocimiento: Conjunto de ideas que posee una persona acerca de la enfermería comunitaria, atención primaria en salud, de tal manera que los individuos programen sus actividades preventivas para el fomento de su salud.

Determinantes de la salud: Son los factores ambientales, económicos, culturales, sociales y biológicos, que influyen en el estado de salud de los individuos.

Eficacia: Es la capacidad científicamente comprobada y de acuerdo a condiciones locales de resolver un problema y de producir un resultado específico

Eficiencia: Es el uso racional de los recursos disponibles y práctica de intervenciones sanitarias centradas en las necesidades de la ciudadanía, identificadas mediante información comunitaria de su entorno familiar, social, cultural y laboral.

Equidad: Se considera a la asignación de recursos de acuerdo a las necesidades de la población con el fin de brindar igual oportunidad para desarrollar y mantener la salud.

Interculturalidad en salud: Enfoque de las intervenciones sanitarias, caracterizado por el respeto social y la promoción científica de las prácticas de salud ancestral.

Intervención: Acciones ejecutadas con un objetivo definido para obtener un cambio expresable en resultados o impactos.

Universalidad: Es la inclusión de todos los miembros de la sociedad llámese individuo, familia y comunidad en los servicios de salud tanto en promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud con el objeto de lograr una prestación integral.

Enfermería: Es una ciencia y arte humanístico dedicada al mantenimiento y promoción del bienestar humano, ha desarrollado una visión integral de la persona, familia y comunidad y una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le han permitido promover, prevenir, fomentar, educar e investigar acerca del cuidado de la salud, por lo tanto Enfermería es la “Ciencia del Cuidado” basado en el “diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a la salud y a la enfermedad” considerando el contexto cultural en el que se desarrolla.

Indicador: Es un dato que pretende reflejar el estado de una situación, o de algún aspecto particular, en un momento y un espacio determinados. Habitualmente se trata de un dato estadístico (porcentajes, tasas, razones...) que pretende sintetizar la información que proporcionan los diversos parámetros o variables que afectan a la situación que se quiere analizar.

NANDA. (North American Nursing Diagnosis Association) fundada en 1982 también conocida como NANDA Internacional a partir del 2002. Es una sociedad científica de enfermería cuyo objetivo es estandarizar el diagnóstico de enfermería, para desarrollar y refinar la nomenclatura, criterios y la taxonomía de diagnósticos de enfermería.

NIC. (Nursing Interventions Classification). Equipo de enfermeras investigadoras que trabajo la clasificación de las intervenciones de enfermera, publicada en 1992.

El NIC utiliza un lenguaje comprensivo, estandarizado que describe los tratamientos que los profesionales de enfermería realizan en todas las especialidades. Las intervenciones del NIC incluyen el fisiológico y el psicosocial. Hay intervenciones para el tratamiento de la enfermedad, la prevención de la enfermedad, y la promoción de la salud. Las intervenciones que van dirigidas a los individuos o para las familias. Intervenciones indirectas del cuidado y algunas intervenciones para las comunidades, entre muchas otras.

NOC: Es la clasificación de los resultados de enfermería, los resultados estandarizados fueron desarrollados para medir los efectos de las intervenciones de cuidados se utilizan en todos los ajustes y con todas las poblaciones del cliente por lo que pueden medir estado del cliente con varios acontecimientos de la salud extendiendo demasiado los períodos del cuidado. Hay siete dominios del NOC, que describen la respuesta deseada del cliente: La salud funcional, la salud psicológica, salud psicosocial, conocimiento de la salud y comportamiento, percepción de salud, salud de la familia, y salud de la comunidad.

Método: Es una serie de pasos sucesivos, conducen a una meta. El método es un orden que debe imponer a los diferentes procesos necesarios para lograr un fin.

Metodología: Es el estudio del método. Se refiere a los métodos de investigación que se siguen para alcanzar una gama de objetivos en una ciencia. En resumen, son el conjunto de métodos que se rigen en una investigación científica o en una exposición doctrinal.

Plan de Cuidados: Es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello".

Proceso de atención de enfermería: (PAE), es el método científico aplicado en la práctica asistencial enfermera, que permite prestar cuidados de forma racional y sistemática, individualizando y cubriendo las necesidades del paciente, familia y comunidad.

Registros de Enfermería: Parte esencial que se integran en los expedientes clínicos de cualquier institución hospitalaria, considerados como documento médico-legal.

Respuesta humana: Es un patrón de acción o reacción a factores biológicos, familiares, sociales e incluso culturales; todos estos comunes a la especie humana, es decir, son las respuestas de los individuos, familias o comunidades a la interacción con su entorno.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, M. (2010). Explorando la teoría general de enfermería de Orem. *Enfermería Neurológica (Mex)*. Recuperado el 2016, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene113j.pdf>
- Aguero, E. (2010). *Scielo*. Recuperado el 2016, de http://www.scielo.cl/scielo.php?.script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300005
- American Psychological Association (2016). Normas Apa. Recuperado el 2016 de <http://normasapa.net/normas-apa-2016/>
- Arias, C. (2015). *Scielo*. Recuperado el 2016, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-346620150001000008
- Bastias, E., & Sanhueza, O. (2004). Conductas de autocuidado y manifestaciones perimenopáusicas en mujeres de la comuna de concepción, Chile. *Ciencia y Enfermería*. Recuperado el 2016, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532004000100006
- Casado, D. (2009). Obtenido de http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/2/documentos_de_paseo.pdf
- Guerra, E., Pozo, E., Álvarez, L., & Llanoazo, M. (2001). El proceso de atención de enfermería y la formación de profesionales. *Educación Médica Superior*. Recuperado el 2016, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-214120010001000040

- Cañarejo, A., & Pabón, P. (2013). Calidad de atención que presta el personal de enfermería del subcentro de salud San Pablo y su relación con el nivel de satisfacción del usuario, durante el periodo 2011-2012. *Universidad Técnica del Norte, Facultad Ciencias de la Salud, Escuela de Enfermería*. Recuperado el 2016, de <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2270/3/06%20ENF%20529%20ARTICULO%20CIENTIFICO.pdf>
- Capote, R., & Granados, R. (1996). La salud pública en el siglo XXI. Tendencias y escenarios. Honduras: OPS
- Dandicourt, C., Mackenzie, Y., & Torres, M. (2012). Observación en la práctica de funciones para el especialista en Enfermería Comunitaria. *Revista Cubana de Enfermería*. Recuperado el 2016, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192012000300007
- Delgado, G. (2010). Conceptos y metodología de la investigación histórica. *Revista Cubana de Salud Pública V. 36 N. 1*. Recuperado el 2016, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000100003
- Fernández, A. (2007). Módulo Introductorio para el Programa de la especialidad en Medicina General Integral de Venezuela. *Escuela Nacional de Salud Pública, Maestría en Educación Médica*. Obtenido de <http://files.sld.cu/reveducmedica/files/2011/05/26-tesis-ana-teresa-fernandez-vidal.pdf>
- García, A. (2012). La medicina preventiva en atención primaria. *Revista Habanera de Ciencias Médicas, 11, 27 - 28*.

- Gomez, L. (2015). *Scielo*. Recuperado el 2016, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-0807201500020013
- Henao, S., Quintero, S., Echeverri, J., Hernández, J., Rivera, E., & López, S. (2016). Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 34, núm. 2. Recuperado el 2016, de <http://www.redalyc.org/pdf/120/12045638007.pdf>
- Matos, M., Igarza M., García, D., & Hernández, I. (2010). Modo de actuación en proceso de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*. Recuperado el 2016, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192000000200007
- Ministerio de Salud Pública. (2012). *Manual del Modelo de atención integral en salud*. Obtenido de http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
- MSP. (2010). *MSp*. Recuperado el 2016, de <http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/index.php/renovando-el-ministerio/126-que-es-el-modelo-de-atencion-integral-de-salud>
- Ministerio de Salud Pública (2012). Lineamientos Operativos para la Implementación del MAIS y RPIS. Recuperado el 2016, de <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2012/10/Modelo-de-Atencion%CC%81n-Integral-de-Saludu-MAIS.pdf>
- Ministerio de Salud Pública (2015). Tipología para homologar establecimientos de salud por niveles. Acuerdo Ministerial 5212, Registro Oficial

Suplemento 428. Recuperado el 2016, de
<http://instituciones.msp.gob.ec/cz6/images/lotaip/Enero2015/Acuerdo%20Ministerial%205212.pdf>

Navarro, Y., & Castro, M. (Junio de 2010). Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enfermería Global*. Recuperado el 2016, de
<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n19/clinica3.pdf>

NANDA. (2015). Diagnóstico de enfermería. Obtenido de
<http://enfermeriaactual.com/nanda/>

Organización Mundial de la Salud (2014). *Atención Primaria de Salud*. Obtenido de http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/

Organización Mundial de la Salud (2010). *Enfermería*. Recuperado el 2016, de <http://www.who.int/topics/nursing/es/>

Paravic, T. (2010). Enfermería y globalización. *Ciencia y Enfermería*. Recuperado el 2016, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100002

Parra, B. (2012). *UPSE*. Recuperado el 2016, de
<http://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/595/1/BELEN%20PARRA-Calidad%20de%20atenci%C3%B3n%20en%20enfermer%C3%ADa.pdf>

Pessini, L., & Bertachini, L. (2006). Nuevas perspectivas en cuidados paliativos. *Acta Bioethica VI2. N.2*. Recuperado el 2016, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2006000200012

Pozo, Y. P. (2012). *Guía Metodología de Planificación Institucional Hospital Manglaralto*.

- Prado, P., Gonzalez, M., Paz, N., & Romero, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*. Recuperado el 2016, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004
- Rivero, N., Gonzalez, M. N., Gonzalez, M., Nuñez, M., & Hornedo, I. (2007). Valoración ética del modelo de Dorotea Orem. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. Recuperado el 2016, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000300012
- Rojas, I., Vargas, I., & Ferrer, L. (2013). Rol de enfermería en la limitación del esfuerzo terapéutico en el paciente crítico. *Ciencia y Enfermería*. Recuperado el 2016, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000300005
- Rodríguez, M., & Echemendía, B. (2011). La prevención en salud: posibilidad y realidad. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. Recuperado el 2016, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000100015
- SENPLADES. (2014). Objetivos del Milenio- Balance Ecuador 2014. Recuperado el 2016, de <http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/11/Objetivos-del-Milenio-Balance-2014.pdf>
- SENAP. (2010). GPR – Gobierno por Resultados. Recuperado el 2016, de <http://www.administracionpublica.gob.ec/gpr-gobierno-por-resultados/>

- Torres, J. (2014). Reflexiones sobre funciones del personal de enfermería. *Revista Cubana de Salud Pública V. 30 N.4*. Recuperado el 2016, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-346620040004000090
- Villalobos, M. (2011). La teoría, soporte de la ciencia y práctica de enfermería: tendencias. *Avances en enfermería*. Recuperado el 2016, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002012000100001
- Zabalegui, A. (Diciembre de 2013). El rol del profesional en enfermería. *Aquichán*. Recuperado el 2016, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972003000100004



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

I

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Zavala Panchana Jeiddy Dalila, con C.C: # 0925452955 autora del trabajo de titulación: Evaluación de conocimientos sobre atención primaria en salud a profesionales del hospital Manglaralto y propuesta de un modelo de gestión de enfermería comunitaria, previo a la obtención del grado de **MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 06 de Marzo del 2017

f. _____

Nombre: Zavala Panchana Jeiddy Dalila

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN			
TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Evaluación de conocimientos sobre atención primaria en salud a profesionales del Hospital Manglaralto y propuesta de un modelo de gestión de enfermería comunitaria.		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Lcda. Zavala Panchana, Jeiddy Dalila		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Ing. Elsie Zerda Barreno, Econ. Glenda Gutiérrez Candela, Dr. Obando Freire, Francisco,		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
UNIDAD/FACULTAD:	Sistema de Posgrado		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud		
GRADO OBTENIDO:	Magister en Gerencia en Servicios de la Salud		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	06 de Marzo del 2017	No. DE PÁGINAS:	135
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud, Administración		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Enfermería, Salud, Administración, Gerencia,		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):	<p>El presente trabajo de investigación “modelo de gestión pública para el hospital de Manglaralto, área de salud nº 4 Manglaralto, parroquia Manglaralto, Cantón Santa Elena, Provincia de Santa Elena, año 2014”, tiene como único objetivo mejorar la calidad de servicio que se ofrece en este hospital mediante una planificación estratégica, una identificación de procesos, una mejora en los procedimientos de la institución, y el diseño de indicadores que permitan evaluar los riesgos que pueden afectar en un futuro la administración del hospital. Las implementaciones de un modelo de gestión pública en las instituciones del sector público son escasas, por lo que se ve en la necesidad de realizar la presente investigación, los modelos de gestión permiten analizar, establecer cierto tipo de estrategias, políticas, acciones que permiten direccionar las actividades en función y consecución a los objetivos institucionales y a una visión integral con las políticas públicas a nivel nacional. En el hospital debido al análisis realizado se evidenció falencias a diversas causas o situaciones como: el débil proceso administrativo, una cultura de planificación inusual, indicadores escasos, acompañados de un limitado presupuesto y de una demanda creciente del servicio en una parroquia extensa, donde las necesidades básicas por cubrir aún son inalcanzables, donde el progreso va a paso lento y los requerimientos son cada día más grandes.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-4-2949010/ 0989384262	E-mail: jeiddy Zavala@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Lapo Maza, María del Carmen		
	Teléfono: +593-9-42206950 / 0999617854		
	E-mail: maria.lapo@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			