



SALUD PÚBLICA Y ENFERMERÍA

EN EL CONTEXTO ECUATORIANO

Erica Paola Rojas Verdugo
Zandra Maribel Regalado Vázquez
Johanna Rosalí Reyes Reinoso
Angela María Quintero de Contreras



Salud pública y enfermería
en el contexto ecuatoriano

SALUD PÚBLICA Y ENFERMERÍA EN EL CONTEXTO ECUATORIANO

© Autora: Erica Paola Rojas Verdugo
Carrera de Enfermería Universidad Católica de Cuenca Extensión Cañar

© Autora: Zandra Maribel Regalado Vázquez
Carrera de Enfermería Universidad Católica de Cuenca Extensión Cañar

© Autora: Johanna Rosali Reyes Reinoso
Carrera de Enfermería Universidad Católica de Cuenca Extensión Cañar

© Autora: Ángela María Quintero de Contreras
Carrera de Enfermería Universidad Católica de Cuenca Extensión Cañar

© Editorial Universitaria Católica de Cuenca (EDUNICA)

© Universidad Católica de Cuenca

e-ISBN: 978-9942-27-119-8

Edición y corrección:
Mtr. Manuel Felipe Alvarez Galeano

Diagramación y Maquetación:
DG. Alexander Campoverde Jaramillo
Juan Pablo Cárdenas López

Diseño de cubierta:
DG. Alexander Campoverde Jaramillo

© Sobre la presente edición: primera edición, 22 de octubre 2021

Impresión:
Editorial Universitaria Católica de Cuenca (EDUNICA)

Esta obra cumplió con el proceso de revisión por pares académicos bajo la modalidad de doble par ciego.

Queda prohibida la reproducción total o parcial de la obra sin permiso por escrito de la Universidad Católica de Cuenca, quien se reserva los derechos para la primera edición.

ÍNDICE

PRÓLOGO	5
1. SALUD PÚBLICA	
1.1. Conceptos generales.....	9
1.2. Historia de la salud pública.....	11
1.3. Salud: derecho y deber.....	19
1.4. Objetivos y funciones de la salud pública.....	25
1.4.1. Monitoreo y análisis de la situación de salud.....	25
1.4.2. Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública.....	25
1.4.3. Promoción de la salud.....	26
1.4.4. Participación social y empoderamiento de los ciudadanos en salud.....	26
1.4.5. Desarrollo de políticas, planes y capacidad de gestión que apoyen los esfuerzos en salud pública y contribuyan a la rectoría sanitaria nacional.....	27
1.4.6. Regulación y fiscalización en salud pública.....	28
1.4.7. Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios.....	28
1.4.8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.....	28
1.4.9. Garantía de calidad de los servicios de salud individual y colectivos.....	29
1.4.10. Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública.....	29
1.4.11. Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.....	30
1.5. Proceso salud-enfermedad.....	30
1.6. Determinantes sociales en salud.....	33
1.7. Promoción de la salud.....	35
1.8. Niveles de prevención.....	38
1.9. Atención Primaria de Salud (APS).....	40
1.9.1. Generalidades.....	40
1.9.2. Historia de la APS.....	41
1.9.3. Conceptos.....	49
1.9.4. Construcción de sistemas de salud basados en APS.....	49
Componentes de la APS.....	53
Valores, principios y elementos.....	53

Características e instrumentos de la APS.....	55
2. LOS PROBLEMAS DE SALUD EN ECUADOR Y EL ROL DE ENFERMERÍA.....	61
3. DESAFÍOS DE LA ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA, COMUNITARIA Y FAMILIAR EN ECUADOR.....	91
3.1. Visita domiciliaria de enfermería.....	94
3.2. Inmunizaciones.....	96
3.3. Educación para la salud.....	97
REFLEXIONES FINALES.....	100
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	102

PRÓLOGO

Estimados lectores, el siguiente es un texto para la consulta de contenidos relativos a la salud pública, entendida como la práctica de promover y proteger la salud de las poblaciones, utilizando el conocimiento de las ciencias de la salud, sociales y de otras disciplinas. Se comienza con un enfoque diacrónico que destaca sus hitos históricos desde sus inicios en la antigüedad y mencionando algunas medidas históricas de incluyeron las cuarentenas y los esfuerzos para mejorar el saneamiento después de las epidemias hasta la creación de agencias y organizaciones modernas de salud pública, diseñadas para controlar las enfermedades dentro de las comunidades y supervisar la disponibilidad y distribución de medicamentos.

Se discuten la salud, como el derecho humano fundamental del disfrute del más alto nivel posible de salud que conduzca a vivir una vida con dignidad y que es indispensable para el ejercicio de otros derechos humanos. Además, se incluye el marco legal en algunos instrumentos jurídicos y normativos vigentes en el país.

Igualmente, los estudiantes de enfermería, de ciencias de la salud e investigadores encontrarán en las siguientes páginas, cifras y descripciones de la salud en un sentido deductivo; es decir, inicia con algunos datos del ámbito mundial hasta la realidad del Ecuador que pretende recrear el contexto de algunos elementos del proceso salud-enfermedad con el afán de caracterizar de manera general los principales problemas de salud.

Seguidamente, se presenta una descripción resumida de las funciones esenciales de la salud pública, que proporcionan un marco para la protección y la promoción de la salud de todas las personas en todas las comunidades mediante la equidad y servicios esenciales de salud pública promueven activamente políticas, sistemas y condiciones generales de la comunidad que permiten una salud óptima para todos; finalmente, se presenta el rol del profesional de enfermería a la luz de la Atención Primaria Renovada, la Promoción de la Salud, los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la enfermería familiar y comunitaria.

A continuación, se plantea el proceso salud-enfermedad mediante metodologías de estudio como la historia natural de la enfermedad, que se refiere a la progresión de un proceso patológico en un individuo a lo largo del tiempo, en ausencia de tratamiento. Acto seguido, se exhibe la metodología de los deter-

minantes sociales en salud, como una forma integral de evaluar la calidad de vida de un conglomerado social y se describen además los niveles de prevención para mejorar la salud general de la población (prevención primaria), diagnóstico y tratamiento oportuno (prevención secundaria) y la limitación del daño y la recuperación de la salud (prevención terciaria).

Luego, se tratan los componentes más importantes de la Atención Primaria de Salud (APS) como la gran estrategia para lograr la salud para todos, a saber, generalidades, historia, conceptos, construcción de sistemas basados en APS, valores, principios y elementos. Continúa la obra con un análisis de la situación nacional, a partir de las fuentes oficiales de datos y de documentos que discuten diferentes ángulos del tema, con el interés que el lector pueda hacerse una idea de la evolución de algunos indicadores y su impacto en la salud de los ecuatorianos.

En el capítulo final se describen los retos de la enfermería, especialmente en la salud familiar y comunitaria y la estrategia de la visita domiciliaria para contribuir con la salud de la población.

CAPÍTULO 1
SALUD PÚBLICA

1. SALUD PÚBLICA

El talento humano de enfermería es requerido en casi todas las etapas y entornos de la salud y la atención, como tal, tiene un papel importante en una amplia gama de intervenciones de salud pública.

Los profesionales de enfermería que laboran en salud pública están involucrados en la prevención, educación, promoción, activismo, valoración y evaluación, desempeñando un papel vital en la prevención de enfermedades, y ayudan a promover la salud y la seguridad de la comunidad. Para los estudiantes o quienes ya son profesionales en ejercicio, la enfermería de salud pública ofrece una variedad de oportunidades para realizar cambios significativos en la salud pública.

Si bien la mayoría de los profesionales de enfermería que laboran en hospitales atienden a un paciente a la vez, los profesionales de salud pública atienden a poblaciones enteras. La capacidad de trabajar con familia y comunidades enteras permite que las ayuden a educar a la comunidad sobre cuestiones de salud para mejorar su salud y seguridad, y facilitar el acceso a la atención.

Hoy más que nunca en la historia de la enfermería y de la salud mundial, se requiere enfatizar en su desempeño dados los retos que representa la pandemia mundial del covid-19, en el que seguramente su papel será fundamental para la vida humana en el planeta.

1.1.º Conceptos generales

La salud pública promueve y protege la salud de las personas y las comunidades donde viven, aprenden, trabajan y juegan (1). Mientras que en la atención hospitalaria se trata de curar a las personas que están enfermas, el esfuerzo en salud pública trata de evitar que las personas se enfermen o lesionen, y se promueve el bienestar al alentar comportamientos saludables.

Desde la realización de investigaciones científicas hasta la educación sobre la salud, las personas en el campo de la salud pública trabajan para garantizar las condiciones en que las personas pueden estar saludables. Eso puede significar vacunar a niños y adultos para prevenir la propagación de la enfermedad o educar a las personas sobre los riesgos de adicción, entre muchas otras acciones.

Adicionalmente, la salud pública establece estándares de seguridad para proteger a los trabajadores y desarrolla programas de nutrición escolar para garantizar que los niños tengan acceso a alimentos saludables.

Como puede palpase, de manera permanente y en situaciones como las epidemias y pandemias, trabaja para rastrear brotes de enfermedades, prevenir lesiones y colabora en esclarecer por qué algunas personas tienen más probabilidades de sufrir problemas de salud que otras. Entre las muchas facetas que tiene la salud pública se incluyen defender las leyes que promueven el uso de los cinturones de seguridad, espacios libres de humo, difundir información sobre formas de mantenerse saludable y dar soluciones científicas a los problemas de salud.

La declaración de salud para Todos de Alma Ata acaecida en 1978 y otros documentos vinculantes (2-5) como la Carta de Ottawa de 1986 (6,7), enfatizan el bienestar, no solo la ausencia de enfermedades, como la base de la salud pública.

Con base en el concepto de Winslow, la Salud Pública es la ciencia y el arte de prevenir enfermedades, prolongar la vida y promover, proteger y mejorar la salud a través de los esfuerzos organizados de la sociedad (8).

Otra definición ampliamente difundida, dice que es la ciencia de proteger y mejorar la salud de las personas y sus comunidades. Este trabajo se logra promoviendo estilos de vida saludables, investigando la prevención de enfermedades y lesiones, y detectando, previniendo y respondiendo a enfermedades infecciosas (9).

Los eventos y documentos citados resaltan el hecho de que no solo el impacto de los comportamientos individuales influye en la salud, sino también los factores sociales, económicos, políticos y ambientales son determinantes en la salud de las poblaciones. Por tanto, para ser efectiva, la salud pública debe:

- a. Estar basada en la población.
- b. Enfatizar la responsabilidad colectiva de la salud, su protección y prevención de enfermedades.
- c. Reconocer el papel clave del estado, vinculado a una preocupación por los determinantes socioeconómicos subyacentes y determinantes más amplios de salud, así como una enfermedad.
- d. Tener una base multidisciplinaria, que incorpora métodos cuantitativos y cualitativos.
- e. Enfatizar en las asociaciones con todos aquellos que contribuyen a la salud de la población, incluidos los individuos, las comunidades y los grupos voluntarios.

Se puede afirmar que los profesionales de la salud pública intentan evitar que los problemas sucedan o se repitan mediante la implementación de programas educativos, recomendaciones en políticas públicas, administrando servicios y realizando investigaciones, en contraste con los profesionales clínicos como médicos y profesionales de enfermería que se centran principalmente en tratar a las personas después de enfermarse o lesionarse. También trabaja para limitar las disparidades de salud. Una gran parte de la salud pública está promoviendo la equidad, la calidad y la accesibilidad de la atención sanitaria.

1.2. Historia de la salud pública

Como muchas otras ciencias, la salud pública evolucionó a través del ensayo y error, con la expansión del conocimiento sanitario científico, a veces controvertido, a menudo estimulado por la guerra y los desastres naturales (10).

La necesidad de una protección organizada de la salud para las personas creció en cada momento de la historia humana, como parte del desarrollo de la vida comunitaria y, en particular, de la urbanización y las reformas sociales. Las creencias religiosas y sociales influyeron en los enfoques para explicar e intentar controlar enfermedades transmisibles por saneamiento, urbanismo y provisión de la atención de salud.

A lo largo del tiempo, las religiones, los sistemas sociales, la economía y la política también han visto la investigación científica y la difusión del conocimiento como una amenaza, lo que resulta en la inhibición de los desarrollos en la salud pública, con ejemplos modernos de oposición al control de la natalidad, la inmunización, el enriquecimiento de alimentos, los grupos LGBTI, entre otros.

Las controversias científicas, como las disputas contagionistas y anticontagionistas durante el siglo XIX y la oposición a los movimientos de reforma social, fueron feroces y provocaron largas demoras en la adopción del conocimiento científico disponible. Dichos debates continuaron hasta el siglo XX y aún continúan hasta el siglo XXI con una combinación de metodologías comprobadas como interactivas que incorporan las ciencias sociales, la promoción de la salud y las ciencias traslacionales que reúnen la mejor evidencia disponible de la ciencia y la práctica para una mayor efectividad en la política, así como el desarrollo de prácticas de salud individuales y colectivas.

La sociedad moderna en los países de ingresos altos, medios y bajos todavía enfrenta los antiguos flagelos de las enfermedades transmisibles, pero

también las pandemias modernas de enfermedades cardiovasculares, cánceres, enfermedades mentales y traumas. La más reciente en la aparición del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS), la gripe aviar, en este momento el coronavirus (covid-19) y los microorganismos resistentes a los medicamentos que obligan a buscar nuevas formas de abordar la salud pública para prevenir sus consecuencias potencialmente graves para la sociedad.

En este sentido, las amenazas a la salud en un mundo que enfrenta cambios climáticos y ecológicos severos presentan consecuencias severas y potencialmente devastadoras para la sociedad.

La evolución de la salud pública es un proceso continuo; los patógenos cambian, al igual que el medio ambiente y el huésped. Para enfrentar los desafíos que se avecinan, es importante tener una comprensión del pasado. Aunque hay mucho en esta era que es nuevo, la mayor parte de los debates y argumentos actuales en salud pública son ecos del pasado.

A continuación, se plantan las características más resaltantes de cada momento histórico de la salud pública: (11-15):

Sociedades prehistóricas: la Edad Paleolítica es la etapa más temprana del desarrollo humano donde se sabe que existieron estructuras sociales organizadas. Estas consistían en personas que vivían en bandas que sobrevivieron cazando y recolectando comida. Hay evidencia de que el uso del fuego se remonta a unos 230.000 años, y la creciente sofisticación de herramientas de piedra, joyas, pinturas rupestres y símbolos religiosos durante este periodo.

A medida que la sociedad humana evolucionó, tecnológica, cultural y biológicamente, la nutrición y la exposición a enfermedades transmisibles y no infecciosas cambiaron. La organización social condujo a innovaciones en herramientas y habilidades para la caza, vestimenta, refugio, fuego para calentar y cocinar, alimentos para uso y almacenamiento, el entierro de los muertos y la eliminación de productos de desecho de las áreas de vivienda.

El mundo antiguo: el desarrollo de la agricultura sirvió a poblaciones en crecimiento incapaces de sobrevivir únicamente con la caza, la recolección, la artesanía y el comercio, estimulando la organización de sociedades más complejas, capaces de compartir sistemas de producción y riego, en respuesta a enfermedades, la desnutrición y el retraso en el crecimiento.

La división del trabajo, el comercio y el gobierno se asoció con el desarrollo de las sociedades urbanas. El crecimiento de la población y la vida comunitaria condujeron a mejores niveles de vida, pero también crearon nuevos riesgos para la salud, incluida la propagación de enfermedades. Como en nuestro tiempo, estos desafíos requerían una acción comunitaria para prevenir enfermedades y promover la supervivencia.

En las primeras civilizaciones, las creencias místicas, la adivinación y el chamanismo coexistían con el conocimiento práctico de las hierbas medicinales, la partería, el manejo de heridas o huesos rotos y la trepanación para eliminar los “espíritus malignos”. Todos formaban parte de la vida comunitaria con variaciones en el desarrollo histórico y cultural, hasta que el advenimiento de la escritura condujo a la documentación médica.

El periodo medieval temprano (Siglos X al XI): la interpretación eclesiástica de la enfermedad estaba relacionada con el pecado original o adquirido. El destino de la humanidad era sufrir en la Tierra y esperar una vida mejor en el cielo. La intervención apropiada en esta filosofía fue proporcionar consuelo y cuidado a través de la caridad de las instituciones de la iglesia. La idea de prevención fue vista como una interferencia con la voluntad de Dios. Los monasterios con instalaciones sanitarias bien desarrolladas se ubicaron en las principales rutas de viaje y proporcionaron hospicios para los viajeros.

Los monasterios eran los únicos centros de aprendizaje y de atención médica. En esta época se enfatizaron los cuidados a enfermos y los pobres como un deber caritativo de los hospitales justos e iniciados. Estas instituciones brindaron atención y apoyo a los pobres e hicieron esfuerzos para hacer frente a las enfermedades epidémicas y endémicas.

La mayoría de los médicos eran monjes guiados por la doctrina y la ética de la Iglesia. La formación médica se basó principalmente en las enseñanzas de Galeno, sostenida en centros musulmanes de aprendizaje médico y luego llegada a Europa con el regreso de las Cruzadas, cuyas enseñanzas proporcionaron la base de la enseñanza médica hasta el siglo XV.

La educación y el conocimiento estaban bajo dominio clerical. La escolástica, o el estudio de lo que ya estaba escrito, obstaculizó el desarrollo de la ciencia descriptiva o experimental. La población en gran parte rural del mundo medieval europeo vivía con malas condiciones de nutrición, educación, vivienda, sanitarias e higiénicas. Las enfermedades endémicas y epidémicas resulta-

ron en una alta mortalidad infantil y adulta. Comúnmente, el 75 por ciento de los recién nacidos morían antes de los cinco años. La mortalidad materna fue alta. La lepra, la malaria, el sarampión y la viruela fueron enfermedades endémicas establecidas, junto con muchas otras enfermedades infecciosas menos documentadas.

El periodo medieval tardío (siglos XI al XV): los antiguos conceptos hebraicos y grecorromanos de salud se conservaron y florecieron en el Imperio musulmán. El rabino, filósofo y médico judío del siglo XII Moisés Maimónides (Ramban), que se formó en Córdoba y fue expulsado a El Cairo, ayudó a sintetizar la medicina romana, griega y árabe con conceptos mosaicos de aislamiento de enfermedades transmisibles y saneamiento.

Los hospitales del monasterio se establecieron entre los siglos VIII y XII para proporcionar caridad y atención para aliviar el sufrimiento de los enfermos y moribundos. Los monasterios proporcionaron centros de alfabetización, atención médica y la ética del cuidado del paciente enfermo como un acto de caridad. Los hospitales del monasterio (descritos en la Rusia del siglo XI) fueron suplantados gradualmente por hospitales municipales, voluntarios y gremiales desarrollados en los siglos XII al XVI. Por el decimoquinto siglo, Gran Bretaña tenía 750 hospitales. Los gremios proporcionaron seguro médico a sus miembros y sus familias.

El siglo XIV vio la devastación de la población de Europa por la peste, las guerras y el colapso de la sociedad feudal. También preparó el escenario para la revolución agrícola y más tarde la revolución industrial. El periodo posterior a la peste negra fue innovador y dinámico.

La escasez de trabajadores agrícolas condujo a innovaciones en la agricultura. Los recintos de tierras de pastoreo comunes redujeron la propagación de enfermedades entre los animales, aumentaron la productividad de los cultivos de campo y mejoraron la cría de ovejas, lo que condujo al desarrollo de las industrias de la lana y textiles y la búsqueda de fuentes de energía, industrialización y mercados internacionales. En ese contexto, los hospitales empleaban médicos, y los ricos tenían acceso a doctores privados.

El renacimiento (siglos XIV-XVI): el comercio, la industria, el comercio, las flotas mercantes y los viajes de descubrimiento para buscar nuevos mercados condujeron al desarrollo de una ciudad rica y de clase media adinerada. Durante este periodo, las minas, fundiciones y plantas industriales florecieron,

creando nuevos bienes y riqueza. En parte, como resultado del comercio generado y el aumento del movimiento de bienes y personas, las grandes epidemias de sífilis, tifus, viruela, sarampión y la peste continuaron propagándose por toda Europa.

La malaria todavía estaba extendida en toda Europa. El raquitismo, la escarlatina y el escorbuto, particularmente entre los marineros, eran desenfrenados. La contaminación y el hacinamiento en las áreas industriales dieron como resultado epidemias de enfermedades ambientales que duraron siglos, particularmente entre la clase trabajadora urbana.

Iluminación, ciencia y revolución (siglos XVI - XVIII): la Ilustración, un periodo dinámico de pensamiento social, económico y político, proporcionó un gran impulso para la emancipación política y social y los rápidos avances en ciencia y agricultura, tecnología y poder industrial. Los cambios en muchas esferas de la vida fueron ejemplificados por las revoluciones estadounidense y francesa, junto con la teoría económica de Adam Smith (autor de *La riqueza de las naciones*), que desarrolló los derechos políticos y económicos del individuo.

En esta época influyente y notable, se hizo evidente que las ideas avanzadas y las nuevas formas de pensar podrían materializarse en objetos prácticos y tangibles. Esto se ejemplifica con el desarrollo de la microscopía, inventada en 1676, como una herramienta que proporcionó un método para el estudio de microorganismos.

Reforma social y movimiento sanitario (1830-1875): la cooperación en salud ha sido parte de la diplomacia internacional desde la primera conferencia internacional sobre el cólera en 1851 en El Cairo hasta la organización de salud de la Liga de las Naciones después de la Primera Guerra Mundial, y más allá, hasta los tiempos modernos.

Transición epidemiológica: a mediados del siglo XX, mientras las enfermedades transmisibles estaban bajo control, se desarrollaron riesgos relacionados con la vida moderna. Estos incluyen enfermedades cardiovasculares, traumatismos, cáncer y otras enfermedades crónicas, que se han convertido en las causas predominantes de muerte prematura, hospitalización y discapacidad. Estas condiciones son más complejas que las enfermedades infecciosas, tanto en la causalidad como en los medios de prevención. A pesar de la complejidad y los desafíos asociados, las intervenciones de salud pública han demostrado un

éxito sorprendente en la lucha contra este conjunto de patrones de mortalidad, con una combinación de atención médica mejorada y actividades bajo el título general de promoción de la salud.

Después de la Segunda Guerra Mundial, la salud internacional comenzó a promover la aplicación generalizada de la tecnología de salud pública, como la inmunización, a los países en desarrollo. Establecida en 1948, la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se firmó en 1946, con el estatuto que define la salud como “el estado completo de bienestar físico, social y mental, y no simplemente la ausencia de enfermedad” (16).

La tradición de la cooperación internacional continúa por organizaciones como la OMS, la Cruz Roja / Media Luna Roja Internacional (IRC), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y una miríada de otras. Bajo el liderazgo de la OMS, la erradicación de la viruela se logró en 1977, mediante una acción unida, lo que demuestra que las principales amenazas para la salud pueden controlarse mediante la cooperación internacional. La posible erradicación de la poliomielitis demuestra aún más este principio.

La propagación de enfermedades ha cobrado un número importante de vidas humanas a nivel mundial y la amenaza continúa en el siglo XXI. Los desafíos y amenazas a la salud pública pueden surgir y propagarse rápidamente, como se vio con la pandemia del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) que se ha cobrado alrededor de 33 millones de vidas desde la década de 1980, así como 38 millones de casos activos (17) y el Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS, por sus siglas en inglés) mató a 774 personas en todo el mundo 2003 (18). Sin duda, la más impactante es la de covid-19 que ha afectado a 221 países y territorios, produciendo más de 230 millones de infectados diagnosticados y alrededor de 5 millones de muertes en año y medio de pandemia (19). Las enfermedades crónicas, incluidos los trastornos mentales, caracterizaron las causas más comunes de mortalidad y discapacidad en los países industrializados en la segunda mitad del siglo XX. Ahora también son predominantes en la mayoría de los países en desarrollo con crecientes ingresos per cápita y comunidades de clase media. La obesidad, la diabetes, las enfermedades cardíacas y el cáncer se encuentran entre las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo moderno (20).

Se registra también el costo de la violencia, a menudo pasado por alto como un problema de salud pública; a nivel mundial se calcula que, cada año, uno de dos niños de 2 a 17 años de edad es víctima de algún tipo de violencia, el

abuso de las personas mayores se estima que es de un 12 % en las Américas; sin embargo, el número puede ser mayor en algunos contextos. Globalmente, solamente 1 de cada 24 casos de abuso de personas mayores son reportados; adicionalmente, 1 de cada 3 mujeres ha experimentado violencia física o violencia sexual de pareja (21,22).

Muchos otros factores afectan la salud a nivel mundial, incluida la degradación del medio ambiente en relación con el calentamiento global, la acumulación de desechos tóxicos, la lluvia ácida, los accidentes nucleares, la pérdida de biodiversidad con la destrucción de los ecosistemas naturales como las selvas tropicales de la cuenca del Amazonas y la tragedia humana de las enfermedades crónicas, la pobreza de muchas personas en los países en desarrollo y algunas, incluso, en los países más ricos.

Los problemas de salud global y las disparidades sociales están, por su propia naturaleza, más allá de la capacidad de solución individual o incluso de grupos de países. Requieren esfuerzos organizados comunes de gobiernos, agencias internacionales y organizaciones no gubernamentales, cooperando entre sí con la industria y con los medios de comunicación para lograr un cambio y reducir los riesgos comunes causados por el abuso del medio ambiente y las brechas sociales.

A principios del siglo XXI, nuestra era, existe la necesidad de vincular la salud pública con la atención clínica y la organización de los servicios se hace cada vez más evidente. La disminución en la mortalidad por enfermedad coronaria ha sido acompañada por un lento aumento en la morbilidad, y la evidencia epidemiológica reciente muestra nuevos factores de riesgo no directamente relacionados con el estilo de vida, pero que requieren atención preventiva longitudinal para evitar la recurrencia temprana y la muerte prematura prevenible. El progreso continúa en el siglo XXI a medida que surgen nuevos desafíos.

Más recientemente, han aumentado las preocupaciones sobre la influenza pandémica potencialmente devastadora, como la cepa del virus H5N1 conocida como influenza aviar, y en la más actual situación de salud causado por el virus del síndrome respiratorio agudo severo tipo-2 (SARS-CoV-2) (23).

La nueva salud pública

A pesar de los avances en la salud pública, también es evidente que se ha centrado en los denominadores (24); por ejemplo, qué proporción de todas las

personas que pueden beneficiarse de una intervención se benefician realmente. Sin embargo, maximizar la salud requiere contribuciones de muchos sectores de la sociedad, incluidas políticas sociales, económicas, ambientales, de transporte y de otro tipo en las que el gobierno juega un papel clave como la: participación de la sociedad civil, innovación de los sectores público y privado, y acción sanitaria y de salud pública.

Para maximizar el impacto, la salud pública tiene que funcionar en cinco niveles. En el primer nivel, la base de la pirámide, están los factores socioeconómicos como los ingresos, la educación, la vivienda y la raza. Aunque estos factores no son enfermedades, tanto los esfuerzos de salud pública como la atención médica pueden tener algún efecto sobre ellos; por ejemplo, a través de la cobertura de seguro médico que reduce la pobreza o mediante la prevención del embarazo adolescente para reducir la perpetuación de la pobreza. Inmediatamente por encima de los factores socioeconómicos, se encuentran las intervenciones tradicionales de salud pública que cambian el contexto para que las decisiones predeterminadas sean opciones saludables (por ejemplo, proporcionando agua potable limpia). En el siguiente nivel se encuentran las intervenciones protectoras de larga duración, como las inmunizaciones, que solo requieren una acción intermitente por parte del sistema de atención de la salud.

A continuación, se encuentran las intervenciones clínicas que requieren cuidados diarios a largo plazo, como el control de la presión arterial. El último nivel incluye asesoramiento y educación, como exhortar a las personas a comer alimentos saludables y mantenerse físicamente activas. Cada nivel es importante, pero las intervenciones en la base de la pirámide generalmente mejoran la salud de más personas, a un costo unitario más bajo, que las de la parte superior.

Para aumentar el impacto de la atención clínica en la salud de la población, las mejoras en el tercer y cuarto niveles deben implementarse de manera más efectiva. El control de la presión arterial, que puede salvar más vidas que cualquier otra intervención clínica, solo tiene éxito en aproximadamente la mitad de los estadounidenses; casi el 90% de los pacientes con hipertensión no controlada tienen seguro médico y una fuente de atención regular, y más del 80% tienen múltiples contactos con el sistema de salud cada año.

Actualmente, los sistemas de salud pública y en su conjunto el planeta viven el embate de situaciones que amenazan los logros alcanzados; la Organización de las Naciones Unidas considera que existen 13 situaciones que son de atención perentoria (25): Poner la salud en medio del debate climático, que la

salud alcance lugares en conflictos y crisis, hacer que la atención médica sea más justa, ampliar el acceso a los medicamentos, detener las enfermedades infecciosas, acción conjunta frente a una pandemia inevitable, asegurar alimentos y productos saludables para todos, invertir en las personas que defienden nuestra salud, proteger a los adolescentes, ganarse la confianza pública, uso positivo de las nuevas tecnologías, proteger los medicamentos que nos protegen y mantener la atención médica limpia.

Como puede verse a simple vista, el enfoque tecnocrático que se ha tenido de la salud pública ya no es suficiente para emprender acciones que tengan un impacto real en la salud pública. En su nueva perspectiva, se requiere un esfuerzo mayor y en conjunto de todos los habitantes del mundo para lograr un mundo sostenible.

En el futuro de la salud pública en el siglo XXI, las tendencias demográficas hacia una población de mayor edad y más étnicamente diversa, las cargas de la enfermedad aguda a la crónica como el desafío más prevalente, los avances en las ciencias biológicas y la creciente importancia de la salud global obligan a reevaluar la capacidad de las naciones para brindar igualdad de oportunidades para salud a cada uno de sus ciudadanos.

En los viejos enfoques de la salud pública se hablaba con frecuencia del círculo vicioso de la enfermedad, pero hoy el discurso apunta a conseguir la cobertura universal como uno de los ejes de la Agenda 2030, a la par con el combate al cambio climático, la promoción de la equidad de género y la erradicación del hambre, elementos todos intrínsecamente relacionados cuyo progreso paralelo generaría un círculo virtuoso.

1.3. Salud: derecho y deber

La Constitución de la OMS (1946) prevé “[...] el más alto nivel posible de salud como un derecho fundamental de todo ser humano” (26). La comprensión de la salud como un derecho humano crea una obligación legal para los estados de garantizar el acceso a una atención médica oportuna, aceptable y asequible de calidad adecuada, así como para proporcionar los determinantes subyacentes de la salud, como agua potable y segura, saneamiento, alimentos, vivienda, información y educación relacionada con la salud e igualdad de género.

La obligación de los Estados de apoyar el derecho a la salud, incluso mediante la asignación de “recursos máximos disponibles” para lograr progresiva-

mente este objetivo, se revisa a través de varios mecanismos internacionales de derechos humanos, como el Examen Periódico Universal o el Comité de Asuntos Económicos, Sociales y Derechos Culturales. En muchos casos, el derecho a la salud se ha adoptado en el derecho interno o en el derecho constitucional.

Un enfoque de la salud basado en los derechos requiere que las políticas y los programas de salud den prioridad a las necesidades de los más rezagados, primero hacia una mayor equidad, un principio que se hizo eco en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (27) y la Cobertura Universal de Salud recientemente adoptada (28).

El derecho a la salud debe disfrutarse sin discriminación por motivos de raza, edad, origen étnico o cualquier otro estado. La no discriminación y la igualdad requieren que los estados tomen medidas para corregir cualquier ley, práctica o política discriminatoria (28).

Otra característica de los enfoques sanitarios basados en los derechos es la participación significativa; esta significa garantizar que las partes interesadas nacionales, incluidos los actores no estatales, como las organizaciones no gubernamentales, participen de manera significativa en todas las fases de la programación: análisis, planificación, implementación, monitoreo y evaluación. Hacer operativo el derecho al más alto nivel posible de salud implica un conjunto claro de obligaciones legales en los estados para garantizar condiciones apropiadas para el disfrute de la salud de todas las personas sin discriminación. El derecho a la salud forma parte de un conjunto de normas de derechos humanos internacionalmente acordadas y es inseparable o “indivisible” de estos otros derechos. Esto significa que lograr el derecho a la salud es fundamental y depende de la realización de otros derechos humanos como la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la información y la participación.

El derecho a la salud, al igual que otros derechos, incluye tanto libertades como derechos: las libertades incluyen el derecho a controlar la salud y el cuerpo (por ejemplo, los derechos sexuales y reproductivos) y a estar libre de interferencias (por ejemplo, libre de tortura y tratamiento y experimentación médica no consensuada). Entre estos principios, se incluye el derecho a un sistema de protección de la salud que brinde a toda la población las mismas oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

En el marco constitucional ecuatoriano, se establece la salud en los siguientes términos: (29)

1. Garantiza sin discriminación alguna el efectivo goce de la salud, entre otros derechos como la alimentación, la seguridad social y el agua.
2. Nadie podrá ser discriminado por razones de su estado de salud.
3. La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos: el agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos, entre otros.
4. Recibirán atención prioritaria las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, y especializada en los ámbitos público y privado, así como las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos, además se dará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.
5. El Estado garantiza la salud a las personas adultas mayores.
6. El Estado garantiza la salud a las jóvenes y los jóvenes.
7. El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes la salud.
8. Se reconoce el derecho a la salud de las personas con discapacidad
9. El Estado garantiza la salud a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas, de alta complejidad, así como la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente.
10. Se reconoce el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad.
11. El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

Análisis situacional de salud

Este apartado cubre la necesidad de aplicar métodos para la identificación, intervención y evaluación de acciones sanitarias en poblaciones específicas. Un análisis de situación es la recopilación y el estudio sistemático de información para identificar tendencias, fuerzas y condiciones relacionadas con el problema de salud que se está tratando de resolver, su uso ayudará a obtener una comprensión más profunda de las oportunidades, los desafíos y las barreras para el cambio.

Su implementación permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños o problemas de salud, así como sus determinantes y tendencias. Por otro lado, promueve la identificación de desigualdades en riesgos, en daños, así como evaluar las estrategias diseñadas para la solución de problemas de salud. Sin embargo, en la práctica, no se ha convertido en un instrumento de uso diario para el trabajo diario en la comunidad. El objetivo de este trabajo es reflexionar sobre el análisis de la situación de salud y los desafíos que aún enfrenta esta actividad en nuestro entorno (30).

Un análisis de la situación examina a las personas afectadas y sus necesidades; normas sociales y culturales; posibles limitaciones al cambio individual y colectivo; facilitadores potenciales del cambio individual y colectivo; y el acceso y uso de las audiencias a los canales de comunicación (como folletos, televisión y mensajes en los teléfonos móviles). También examina el estado del comportamiento en cuestión, incluidos los conocimientos y las prácticas de las audiencias, así como las políticas que afectan el comportamiento. En resumen, el análisis de la situación responde a la pregunta: ¿dónde estamos ahora?. Adicionalmente, debería ayudar a responder cinco preguntas importantes: ¿cuál es la situación de salud que exige una intervención sanitaria?, ¿cuáles son las prácticas actuales del aspecto de salud a evaluar?, ¿dónde, con quién y en qué medida deben cambiarse las prácticas de salud?, ¿quién y qué influyen en las prácticas de salud en la comunidad? y ¿cuáles son las mejores formas de llegar a los grupos prioritarios con mensajes e intervenciones sobre las soluciones al problema?.

Un buen análisis de la situación proporciona una imagen detallada del estado actual del problema de salud o comportamiento que desea abordar. Esta información es crucial para tomar decisiones sobre lo que implicará la estrategia de los proveedores de salud en conjunto con otros actores y como se implementará.

Uno de los aspectos más dinámicos y relevantes es la generación de evidencia en salud porque es un proceso que involucra la recolección de datos de morbilidad y mortalidad, el análisis de esos datos y la difusión de la información generada. Este es un insumo útil para la toma de decisiones en salud. En muchos casos, la evidencia se origina en los resultados de investigaciones basadas en diferentes tipos de diseños utilizados en el campo de la salud, incluidos los estudios de población (30).

Pasos generales para el análisis de situación (31).

Paso 1. Definir el proceso: primero, se decide el tiempo necesario para completar el análisis. La calidad del análisis dependerá en parte de la cantidad de tiempo que pueda asignar, pero hay ocasiones en las que el proceso debe acelerarse para cumplir con los plazos. El cronograma para desarrollar el Análisis de situación debe encajar dentro del proceso más amplio de desarrollo de un plan estratégico.

El cronograma del análisis de la situación debe establecerse para incluir el intercambio con las partes interesadas y otros interventores como parte del proceso de revisión y creación de consenso entre los actores participantes. Además, debe considerarse también el tiempo necesario para encontrar una persona o equipo apropiado para realizar el análisis.

Paso 2. Organizar el equipo: designar a una persona o equipo para realizar el análisis, así como alguien responsable de liderar el proceso. Si bien es posible que los miembros del grupo de trabajo técnico nacional realicen el análisis, es probable que se requiera un apoyo específico.

En otro orden de ideas, la realización del Análisis de la situación requiere habilidades en varias áreas, la persona o el equipo estarían familiarizados con la programación de intervenciones de salud que incluyen componentes relacionados con el producto y aportarían experiencia en intervenciones de mercadeo y/o cambio de comportamiento. El equipo debe tener experiencia en el análisis de datos cualitativos y cuantitativos de una variedad de fuentes.

Paso 3. Recopilación de información: el análisis de la situación se enmarca utilizando el modelo de marco de resultados. Siguiendo ese ejemplo, los datos se pueden organizar de la siguiente manera:

- Necesidades de salud.
- Tendencias en el uso.
- Factores que influyen en el uso.
- Actividades e intervenciones destinadas a influir en el uso.

Si bien los datos deben analizarse siguiendo esta estructura, la recopilación de datos no siempre es secuencial; las personas probablemente proporcionarán información sobre las distintas secciones de su análisis.

Se hace especial mención a esta herramienta que explica las bases conceptua-

les y metodológicas para su implementación en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) de Ecuador; no obstante, no se pretende profundizar en el mismo, pues sería redundar en el documento normativo del instructivo para la elaboración del análisis situacional integral de salud (ASIS) del Ministerio de Salud Pública (32).

Su elaboración se desarrolla principalmente en el entorno de las unidades o establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención (PNA) y es ejecutado por los Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS) compuestos por las y los médicos, enfermeras, y técnicos de atención primaria de salud (TAPS) en sus respectivos territorios.

La construcción del ASIS tiene varios propósitos:

- El desarrollo de mecanismos de participación en procesos de construcción social.
- La caracterización de la situación de salud de la población y el análisis de los determinantes sociales de la salud.
- La definición de problemas y prioridades de la población, así como la verificación del cumplimiento de las políticas públicas en salud.
- La formulación de estrategias de promoción de la salud, prevención y recuperación de la salud, así como la identificación y potenciación de los factores protectores de la salud.
- La construcción de escenarios prospectivos, ya que se puede apreciar las tendencias, evolución de los problemas o de la resolución de los mismos.

Fases de aplicación del ASIS

Primera fase: producción del Diagnóstico Situacional, siguiendo la estructura (orden de temas) y las pautas que se establecen en este instructivo.

Segunda fase: conformación y/o fortalecimiento del Comité Local de Salud.

Tercera fase: socialización y validación del Diagnóstico Situacional, identificación de los problemas y prioridades con los actores locales, elaboración participativa del Plan Local de Salud (PLS).

Cuarta fase: implementación, acompañamiento y seguimiento del PLS.

Quinta fase: actualización del diagnóstico dinámico en el contexto de la sala situacional. Evaluación y monitoreo de los resultados.

El documento señalado contiene todos los pormenores para la elaboración y actualización del ASIS, así como sus mecanismos para la validación de la información y la participación social en todos sus pasos.

1.4. Objetivos y funciones de la salud pública

Más que objetivos, los expertos en la materia consideran que existen Funciones Esenciales de la Salud Pública, (FESP) en el ámbito de las Américas, en la que se incluye Ecuador. A continuación, se describe cada una de las 11 funciones y las acciones que se derivan de cada una de ellas (33):

1.4.1. Monitoreo y análisis de la situación de salud

- Evaluación actualizada de la situación y tendencias de salud del país y de sus determinantes, con especial énfasis en la identificación de desigualdades en los riesgos, en los daños y en el acceso a los servicios.
- Identificación de las necesidades de salud de la población, incluyendo la evaluación de los riesgos de salud y la demanda de servicios de salud.
- Manejo de las estadísticas vitales y la situación específica de grupos de especial interés o mayor riesgo.
- Generación de información útil para la evaluación del desempeño de los servicios de salud.
- Identificación de recursos extrasectoriales que contribuyen a la promoción de la salud y al mejoramiento de la calidad de vida.
- Desarrollo de tecnología, experiencia y métodos para el manejo, interpretación y comunicación de la información a los responsables de la salud pública (incluyendo actores extrasectoriales, proveedores y ciudadanos).
- Definición y desarrollo de instancias de evaluación de la calidad de los datos recolectados y de su correcto análisis.

1.4.1. Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública

- Capacidad para hacer investigación y vigilancia de brotes epidémicos y patrones de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, accidentes y exposición a sustancias tóxicas o agentes ambientales nocivos para la salud.
- Infraestructura de salud pública diseñada para conducir la realización de tamizajes poblacionales, detección de casos e investigación epidemiológica en general.

- Laboratorios de salud pública capaces de conducir tamizajes rápidos y de procesar el gran volumen de exámenes necesarios para la identificación y el control de amenazas emergentes para la salud.
- Desarrollo de programas activos de vigilancia epidemiológica y de control de enfermedades infecciosas.
- Capacidad de conectarse con redes internacionales que permitan un mejor enfrentamiento de los problemas de salud de interés.
- Preparación de las autoridades nacionales de salud para activar una respuesta rápida, dirigida al control de problemas de salud o riesgos específicos.

1.4.3. Promoción de la salud

- Acciones de promoción de la salud en la comunidad y desarrollo de programas para reducir riesgos y daños a la salud que cuenten con una activa participación ciudadana.
- Fortalecimiento de la intersectorialidad con el fin de hacer más eficaces las acciones de promoción de la salud, especialmente las dirigidas al ámbito de la educación formal de jóvenes y niños.
- Empoderamiento de los ciudadanos para cambiar sus propios estilos de vida y ser parte activa del proceso dirigido a cambiar los hábitos de la comunidad y a exigir a las autoridades responsables la mejora de las condiciones del entorno para facilitar el desarrollo de una “cultura de la salud”.
- Implementación de acciones dirigidas a que la ciudadanía conozca sus derechos en salud.
- Colaboración activa del personal de los servicios de salud en el desarrollo de programas educativos en escuelas, iglesias, lugares de trabajo y cualquier otro espacio de organización social relevante para proporcionar información sobre salud.

1.4.4. Participación social y empoderamiento de los ciudadanos en salud

- Facilitación de la participación de la comunidad organizada en programas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
- Fortalecimiento de la construcción de alianzas intersectoriales con la sociedad civil que permitan utilizar todo el capital humano y los recursos materiales disponibles para mejorar el estado de salud de la población y promover ambientes que favorezcan la vida saludable.

- Apoyo en tecnología y experiencia a la constitución de redes y alianzas con la sociedad organizada para la promoción de la salud.
- Identificación de los recursos comunitarios que colaboren en las acciones de promoción y en la mejora de la calidad de vida, reforzando su poder y capacidad de influir en las decisiones que afecten a su salud y su acceso a servicios adecuados de salud pública.
- Información y defensa ante las autoridades gubernamentales en materia de prioridades de salud, en particular con relación a aquellas cuyo enfrentamiento depende de mejoras de otros aspectos del nivel de vida.

1.4.5. Desarrollo de políticas, planes y capacidad de gestión que apoyen los esfuerzos en salud pública y contribuyan a la rectoría sanitaria nacional

- Desarrollo de decisiones políticas en salud pública a través de un proceso participativo en todos los niveles que resulte coherente con el contexto político y económico en que estas se desarrollan.
- Planificación estratégica a escala nacional y apoyo a la planificación en los niveles subnacionales.
- Definición y perfeccionamiento de los objetivos de la salud pública, que deben ser mensurables, como parte de las estrategias de mejoramiento continuo de la calidad.
- Evaluación del sistema de atención de salud para la definición de una política nacional que garantice la entrega de servicios de salud con enfoque poblacional.
- Desarrollo de códigos, regulaciones y leyes que guíen la práctica de la salud pública.
- Definición de los objetivos nacionales de salud pública para apoyar el papel de rectoría del Ministerio de Salud, o su equivalente, en lo que respecta a la definición de los objetivos y prioridades para el conjunto del sistema de salud.
- Gestión de la salud pública, en cuanto al proceso de construcción, implantación y evaluación de iniciativas organizadas diseñadas para enfrentar problemas de salud poblacionales.
- Desarrollo de competencias para la toma de decisiones basadas en pruebas científicas y que incorporen la gestión de recursos, la capacidad de liderazgo y una comunicación eficaz.
- Desempeño de calidad del sistema de salud pública, en cuanto a resultados de la gestión exitosa, demostrable a proveedores y usuarios de los servicios.

1.4.6. Regulación y fiscalización en salud pública

- Desarrollo y fiscalización del cumplimiento de los códigos sanitarios y/o las normas dirigidas al control de los riesgos de salud derivados de la calidad del ambiente; acreditación y control de la calidad de los servicios médicos; certificación de calidad de nuevos fármacos y sustancias biológicas para uso médico, equipos, otras tecnologías y cualquier otra actividad que implique el cumplimiento de leyes y reglamentos dirigidos a proteger la salud pública.
- Generación de nuevas leyes y regulaciones dirigidas a mejorar la salud, así como a promover ambientes saludables.
- Protección de los consumidores en sus relaciones con los servicios de salud.
- Ejecución de todas estas actividades de regulación de forma oportuna, correcta, coherente y completa.

1.4.7. Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios

- Promoción de la equidad en el acceso a la atención de salud, que incluye la evaluación y la promoción del acceso efectivo de todos los ciudadanos a los servicios de salud necesarios.
- Evaluación y promoción del acceso a los servicios de salud necesarios a través de proveedores públicos o privados, adoptando un enfoque multisectorial que permita trabajar con diversos organismos e instituciones para resolver las inequidades en la utilización de los servicios.
- Desarrollo de acciones dirigidas a superar barreras de acceso a las intervenciones de salud pública.
- Facilitación de la vinculación de grupos vulnerables a los servicios de salud (sin incluir el financiamiento de esta atención) y a los servicios de educación para la salud, promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- Estrecha colaboración con agencias gubernamentales y no gubernamentales para promover el acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.

1.4.8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública

- Educación, capacitación y evaluación del personal de salud pública para identificar las necesidades de servicios de salud pública y atención de salud, enfrentar con eficiencia los problemas de salud pública prioritarios y evaluar adecuadamente las acciones de salud pública.

- Definición de requerimientos para la licenciatura de profesionales de salud en general y adopción de programas de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud pública.
- Formación de alianzas activas con programas de perfeccionamiento profesional que aseguren la adquisición de experiencias en salud pública relevantes para todos los estudiantes, educación continua en gestión y desarrollo de liderazgo en el ámbito de la salud pública.
- Desarrollo de capacidades para el trabajo interdisciplinario en salud pública.
- Promoción de la existencia de sistemas permanentes de garantía de calidad y desarrollo de un sistema de monitoreo permanente de los resultados de las evaluaciones hechas mediante esos sistemas.
- Facilitación de la publicación de normas sobre las características básicas que deben tener los sistemas de garantía de calidad y supervisión del cumplimiento de esta obligación por parte de los proveedores de servicios.
- Existencia de un sistema de evaluación de tecnologías sanitarias que colabore en los procesos de toma de decisiones de todo el sistema de salud.
- Utilización de la metodología científica para evaluar intervenciones de salud de diferente grado de complejidad.
- Uso de este sistema para elevar la calidad de la provisión directa de servicios de salud.

1.4.9. Garantía de calidad de los servicios de salud individual y colectivos

- Promoción de la existencia de sistemas permanentes de garantía de calidad y desarrollo de un sistema de monitoreo permanente de los resultados de las evaluaciones hechas mediante esos sistemas.
- Facilitación de la publicación de normas sobre las características básicas que deben tener los sistemas de garantía de calidad y supervisión del cumplimiento de esta obligación por parte de los proveedores de servicios.
- Existencia de un sistema de evaluación de tecnologías sanitarias que colabore en los procesos de toma de decisiones de todo el sistema de salud.
- Utilización de la metodología científica para evaluar intervenciones de salud de diferente grado de complejidad.
- Uso de este sistema para elevar la calidad de la provisión directa de servicios de salud.

1.4.10. Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública

- Innovación constante, que va desde los esfuerzos de investigación aplicada para impulsar cambios en las prácticas de salud pública hasta los

esfuerzos de investigación científica formal.

- Desarrollo de investigación propia de las autoridades sanitarias en sus diferentes niveles.
- Establecimiento de alianzas con los centros de investigación e instituciones académicas para realizar oportunamente estudios que apoyen la toma de decisiones de las autoridades sanitarias nacionales en todos sus niveles y en lo más amplio de su campo de acción.

1.4.11. Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud

- Planificación y ejecución de acciones de prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación temprana relacionadas con la salud pública.
- Enfoque múltiple de los daños y la etiología de todas y cada una de las emergencias o desastres posibles en la realidad del país.
- Participación de todo el sistema de salud y la más amplia colaboración intersectorial en la reducción del impacto de emergencias y desastres en la salud.
- Existencia de un sistema de evaluación de tecnologías sanitarias que colabore en los procesos de toma de decisiones de todo el sistema de salud.
- Utilización de la metodología científica para evaluar intervenciones de salud de diferente grado de complejidad.
- Uso de este sistema para elevar la calidad de la provisión directa de servicios de salud.

1.5. Proceso salud-enfermedad

Las y los profesionales de salud utilizan el continuo salud-enfermedad para situar a todas las políticas del Estado en materia sanitaria: sitúan a la salud pública hacia el extremo del bienestar y a la asistencia sanitaria hacia el extremo de la enfermedad. Asimismo, realizan un ejercicio de contraste de la salud pública con la asistencia sanitaria, para definir y delimitar cada una de las áreas de intervención, a partir del foco de abordaje, el objeto de intervención, la demanda, la temporalidad, la invisibilidad y la consistencia (34).

El proceso Salud-Enfermedad expresa la unidad de lo natural y lo social en el Hombre, la contaminación, el miedo, etcétera; factores de la vida que influyen en la biología humana se reflejan en ese proceso, el cuadro de las principales causas de muerte sufre variaciones por la influencia del medio; hoy es mayor la necesidad de enfocar ambos aspectos (influencia del hombre y la sociedad en el medio natural y a la inversa) (35,36).

El concepto salud-enfermedad ha evolucionado en igual medida que el hombre ha evolucionado durante el transcurso de la historia y va a depender de las condiciones socioeconómicas de cada población y el medio donde se producen las relaciones humanas. Los cambios en el medio ambiente ocasionados por la influencia del hombre determinan cambios en las condiciones y la calidad de vida de las personas y va a repercutir de forma desfavorable en el proceso salud-enfermedad.

Paralelo a este enfoque y con el fin de entenderlo mejor, se creó el triángulo (o triada) epidemiológico que se compone de tres elementos: agente, huésped y medio ambiente como se muestra en la ilustración 1 (37).

A continuación se define cada elemento (38):



Ilustración 1. Triada ecológica

El agente: Es el microorganismo que realmente causa la enfermedad en cuestión. Un agente podría ser alguna forma de bacteria, virus, hongo o parásito.

Anfitrión o huésped: el agente infecta al huésped, que es el organismo que porta la enfermedad. Un anfitrión no necesariamente se enferma; los anfitriones pueden actuar como portadores de un agente sin mostrar ningún síntoma externo de la enfermedad. Los anfitriones se enferman o llevan un agente porque una parte de su fisiología es hospitalaria o atractiva para el agente.

Ambiente: los factores externos también pueden afectar un brote epidemiológico; colectivamente estos se conocen como el medio ambiente. El entorno incluye cualquier factor que afecte la propagación de la enfermedad, pero que

no forme parte directa del agente o del huésped. Por ejemplo, la temperatura en un lugar determinado podría afectar la capacidad de un agente para prosperar, al igual que la calidad del agua potable o la accesibilidad a instalaciones médicas adecuadas.

El espectro de enfermedad-bienestar, como se muestra en la ilustración 2, también es un herramienta de análisis de la salud individual y se diferencia respecto al modelo binario salud-enfermedad, en su escalabilidad pasando por 5 niveles diferentes (34).

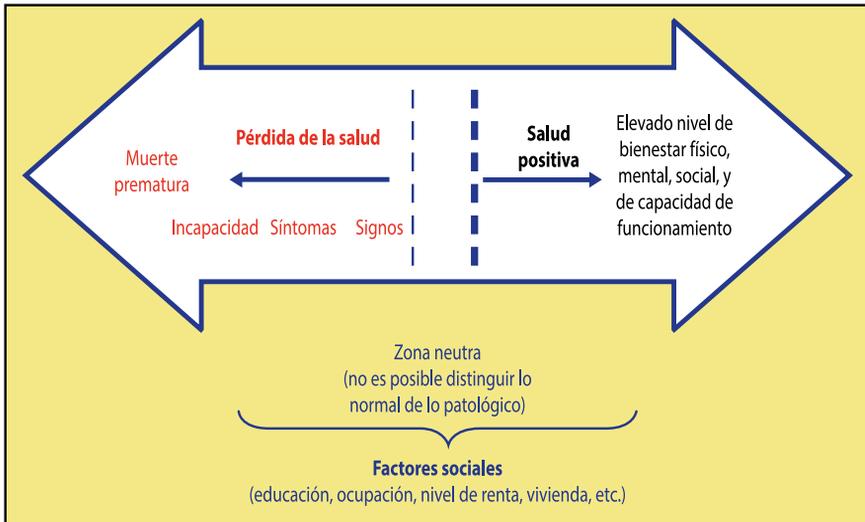


Ilustración 2. Espectro salud-enfermedad

Enfermedad: cualquier persona dependiente, polimedicada, con alta limitación de realizar tareas básicas por su cuenta y con una muy pobre calidad de vida percibida. En estos casos los problemas de salud se transmiten al entorno encargado de los cuidados.

Salud escasa: pacientes con alguna operación, también polimedicados y sobre todo, con signos y síntomas de enfermedades crónicas que dificultan su vida cotidiana y la de su entorno.

Zona de confort o falsa salud: no hay síntomas ni signos de enfermedad, pero los hábitos de vida saludables no son significativos (mala alimentación y sedentarismo). Además, la salud no es vista como una prioridad.

Buena salud: sí hay buenos hábitos (ejercicio y alimentación adecuados o control del estrés). Se relaciona con una correcta educación en salud.

Salud óptima: máxima función posible y alto grado de eficacia física, mental, productiva y de felicidad. Desarrollo continuo y participación muy activa en un estilo de vida saludable.

1.6. Determinantes sociales en salud

Son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, pues la calidad, capacidad resolutive, oportunidad, entre otras características, influyen de manera directa sobre la situación de salud de una población. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a niveles mundial, nacional y local, que dependen a su vez de las políticas adoptadas.

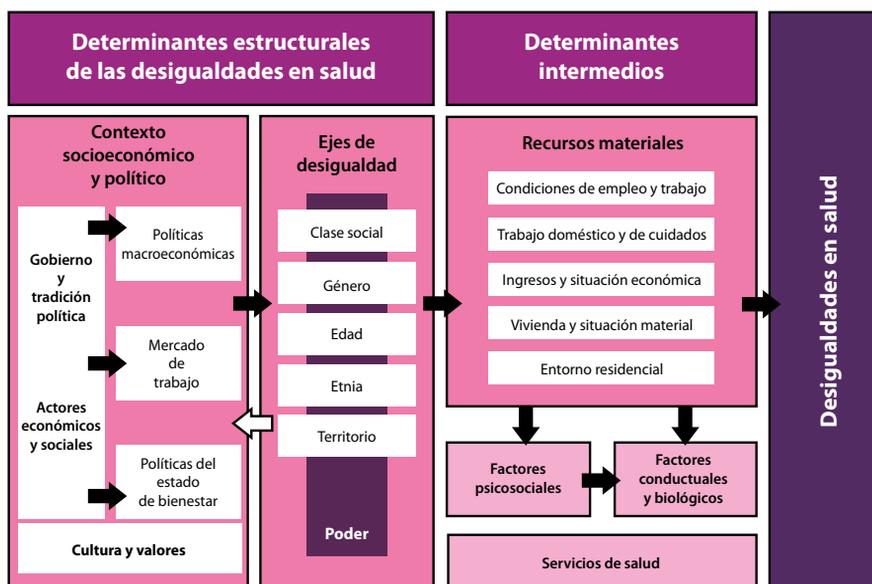


Ilustración 3. Flujograma de los determinantes sociales

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias; esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria (39).

Los determinantes sociales de la salud incluyen, además del sistema de salud, las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, esto explica gran parte de las desigualdades en salud. Un sistema de vigilancia de los determinantes sociales de la salud requiere una visión integral y social de la salud, como se explica en la ilustración 3 (40).

En la región de las Américas (41) se dispone de datos probatorios sobre el modo en que los determinantes sociales de la salud influyen en una amplia gama de resultados en materia de salud y de actividades encaminadas al logro de la salud universal, como se reflejó en la formulación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y en las formas en que los países se esforzaron por alcanzarlos. El análisis de estos determinantes reviste particular importancia en esta región dado, que la inequidad y la desigualdad en materia de salud siguen siendo los principales obstáculos para el desarrollo sostenido. Las personas que viven en la Región suelen verse afectadas de manera desproporcionada por las condiciones deficientes de la vida cotidiana, causadas por los factores estructurales y sociales (macroeconomía, etnicidad, normas culturales, ingresos, educación y ocupación, entre otros). Estas condiciones y factores son la causa de las desigualdades y las inequidades generalizadas y persistentes en materia de salud en todo el continente.

En la estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud de la Organización Panamericana de la Salud, se señala que las recientes mejoras logradas en el ámbito de la salud en toda la Región se debieron en parte a los avances del desarrollo económico y social de los países, la consolidación de los procesos democráticos, el fortalecimiento de los sistemas de salud y el compromiso político de los países para atender las necesidades de salud de sus poblaciones (42).

En esa estrategia se reconoce que las políticas e intervenciones en las que se abordan los determinantes sociales de la salud y se fomenta el compromiso de la sociedad en su totalidad de promover la salud y el bienestar, haciendo hincapié en grupos en situaciones de pobreza y vulnerabilidad, son requisitos esenciales para avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Hay una clara necesidad de seguir realizando esfuerzos para superar la exclusión, la inequidad y los obstáculos para el acceso y la utilización oportuna de los servicios de salud integrales. Es necesario adoptar mejores medidas intersectoriales para influir en las políticas, los planes, la legislación y los reglamentos que abordan los determinantes sociales de la salud, así como en la acción conjunta en este sentido más allá del sector de la salud.

1.7. Promoción de la salud

La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 emite la carta dirigida a la consecución del objetivo “Salud para Todos en el año 2.000”. Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo.

Como estrategia, la promoción de la salud permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud(7). Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación.

Las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerrequisitos.

La promoción de la salud tiene tres componentes esenciales: buena gobernanza sanitaria, educación sanitaria y ciudades saludables (43), a continuación se explican brevemente.

Buena gobernanza sanitaria: la promoción de la salud requiere que los formuladores de políticas de todos los departamentos gubernamentales hagan de la salud un aspecto central de su política. Esto significa que deben tener en cuenta las repercusiones sanitarias en todas sus decisiones, y dar prioridad a las políticas que eviten que la gente enferme o se lesione.

Estas políticas deben ser respaldadas por regulaciones que combinen los incentivos del sector privado con los objetivos de la salud pública; por ejemplo, armonizando las políticas fiscales que gravan los productos nocivos o insalubres, como el alcohol, el tabaco y los alimentos ricos en sal, azúcares o grasas, con medidas para estimular el comercio en otras áreas. Asimismo, hay que fomentar la promulgación de leyes que respalden la urbanización saludable mediante la facilitación de los desplazamientos a pie, la reducción de la contaminación del aire y del agua o el cumplimiento de la obligatoriedad del uso de elementos de seguridad como el cinturón de seguridad, el casco, etc.

Educación sanitaria: las personas han de adquirir conocimientos, aptitudes e información que les permitan elegir opciones saludables; por ejemplo, con respecto a su alimentación y a los servicios de salud que necesitan. Deben tener la oportunidad de elegir estas opciones y gozar de un entorno en el que puedan demandar nuevas medidas normativas que sigan mejorando su salud.

Ciudades saludables: las ciudades tienen un papel principal en la promoción de la buena salud. El liderazgo y el compromiso en el ámbito municipal son esenciales para una planificación urbana saludable y para poner en práctica medidas preventivas en las comunidades y en los centros de atención primaria. Las ciudades saludables contribuyen a crear países saludables y, en última instancia, un mundo más saludable.

A la luz del contexto de la pandemia y otros problemas de salud global, la promoción de la salud es muy relevante en la actualidad. Existe una aceptación mundial de que la salud y el bienestar social están determinados por muchos factores ajenos al sistema de salud, que incluyen las condiciones socioeconómicas, los patrones de consumo asociados con la alimentación y la comunicación, los patrones demográficos, los entornos de aprendizaje, los patrones familiares, el tejido cultural y social de las sociedades; cambios sociopolíticos y económicos, incluida la comercialización y el comercio y el cambio ambiental global (44).

En tal situación, los problemas de salud se pueden abordar de manera efectiva adoptando un enfoque holístico que empodere a las personas y las comunidades para que tomen medidas para su salud, fomentando el liderazgo en salud pública, promoviendo la acción intersectorial para construir políticas públicas saludables en todos los sectores y creando sistemas de salud sostenibles.

Aunque no es un concepto nuevo, la promoción de la salud recibió un impulso tras la declaración de Alma Ata. Recientemente, ha evolucionado a través de una serie de conferencias internacionales, con la primera conferencia en Canadá produciendo la famosa carta de Ottawa. Los esfuerzos para promover la salud que abarquen acciones a nivel individual y comunitario, el fortalecimiento del sistema de salud y la asociación multisectorial pueden dirigirse a condiciones de salud específicas.

También debe incluir un enfoque basado en entornos para promover la salud en entornos específicos como escuelas, hospitales, lugares de trabajo, áreas residenciales, entre otros. La promoción de la salud debe integrarse en todas las políticas y, si se utiliza de manera eficiente, conducirá a resultados

positivos para la salud. Con la primera conferencia en Canadá produciendo la famosa carta de Ottawa. Es así como los esfuerzos para promover la salud que abarquen acciones a nivel individual y comunitario, el fortalecimiento del sistema de salud y la asociación multisectorial pueden dirigirse a condiciones de salud específicas. También debe incluir un enfoque basado en entornos para promover la salud en entornos específicos como escuelas, hospitales, lugares de trabajo, áreas residenciales y muchos otros.

De hecho, la promoción de la salud debe integrarse en todas las políticas y, si se utiliza de manera eficiente, conducirá a resultados positivos para la salud, con la primera conferencia en Canadá produciendo la famosa carta de Ottawa. Los esfuerzos para promover la salud que abarquen acciones a nivel individual y comunitario, el fortalecimiento del sistema de salud y la asociación multisectorial pueden dirigirse a condiciones de salud específicas. También, debe integrarse en todas las políticas y, si se utiliza de manera eficiente, conducirá a resultados positivos para la salud.

Lamentablemente, en el imaginario colectivo de la mayoría de las personas, incluso en el contexto de la emergencia mundial por la pandemia, las medidas de salud pública y promoción de la salud no tienen la relevancia que deberían tener; sin embargo, poseen amplios beneficios que impactan a diferentes sectores de la sociedad (45):

1. Desarrollo sostenible: la experiencia de la implementación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) entre 2000 y 2015 demostró el impacto positivo de la promoción de la salud en el desarrollo nacional e internacional. Las estrategias de promoción de la salud van más allá de los enfoques verticales tradicionales e insisten en involucrar a las comunidades en la toma de decisiones y la implementación. Al hacerlo, establece enfoques y proporciona evidencia para la acción sobre los determinantes de la salud en todos los niveles. Esto brinda una oportunidad para que el sector del desarrollo avance más rápidamente en la implementación de los ODS. Y si bien hay muchas formas de lograr los ODS, la salud juega un papel importante en todas las vías.

2. Interconexión: las inversiones en promoción de la salud contribuyen significativamente a hacer que el mundo interconectado sea más saludable y seguro al promover la equidad y asegurar la participación comunitaria en los procesos sociales y políticos a niveles local, nacional y transnacional.

3. No dejar a nadie atrás: las inversiones en la promoción de la salud abordan las inequidades y, por lo tanto, contribuyen a varios ODS más allá

del objetivo 3. Por ejemplo, puede ayudar a sacar a las personas de la pobreza (ODS1), apoyar el desarrollo infantil (ODS4) y empoderar a las mujeres (ODS5) y abordar las desigualdades y apoyar las políticas de bienestar redistributivas (ODS 10). El mayor beneficio para la salud de las poblaciones se logra cuando las políticas y los programas se integran e incluyen segmentos de la sociedad que a menudo quedan al margen.

4. Productividad: basadas en el principio de universalidad, las inversiones en promoción de la salud contribuyen a una sociedad más productiva al fortalecer la resiliencia y la cohesión social, empoderar a las personas y contribuir al capital social, el bienestar y la felicidad.

5. Género y otras relaciones sociales: la promoción de la salud ayuda a garantizar y proteger los derechos de las personas, sin importar su estatus en la sociedad, género, orientación sexual, edad o si tienen o no una discapacidad. Las políticas y programas de promoción de la salud sobre el VIH, la salud reproductiva y la Cobertura Universal de Salud (CSU) lo han demostrado claramente.

1.8. Niveles de prevención

Para poder entender los niveles de prevención debe conocerse la historia natural de la enfermedad, (46) la cual se refiere a la progresión de un proceso de enfermedad en un individuo a lo largo del tiempo, en ausencia de tratamiento, la ilustración siguiente muestra un ejemplo:

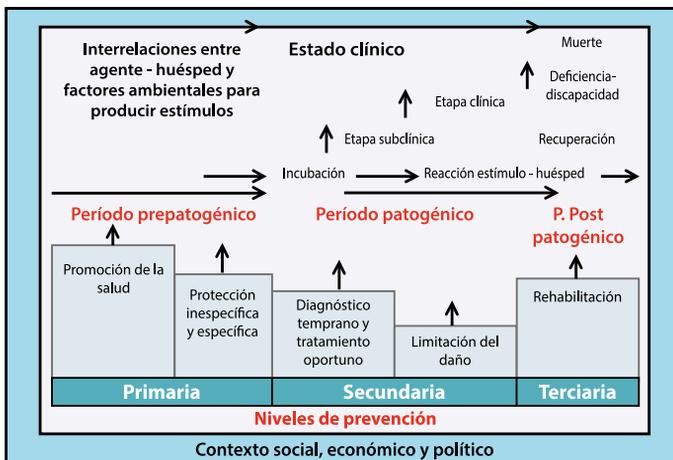


Ilustración 4. Historia natural de la enfermedad y niveles de prevención.

La infección no tratada del VIH causa un espectro de problemas clínicos que comienzan en el momento de la seroconversión (VIH primario) y terminan con SIDA y generalmente la muerte. Ahora se reconoce que el desarrollo del SIDA puede demorar 10 años o más después de la seroconversión (43). Muchas, si no la mayoría, de las enfermedades tienen una historia natural característica, aunque el marco temporal y las manifestaciones específicas de la enfermedad pueden variar de un individuo a otro, y están influenciados por medidas preventivas y terapéuticas.

El proceso comienza con la exposición apropiada o la acumulación de factores suficientes para que el proceso de la enfermedad comience en un huésped susceptible. Para una enfermedad infecciosa, la exposición es un microorganismo. Para el cáncer, la exposición puede ser un factor que inicia el proceso, como las fibras o componentes de asbesto en el humo del tabaco (para el cáncer de pulmón), o uno que promueva el proceso, como el estrógeno (para el cáncer de endometrio).

Después de que se desencadena el proceso de la enfermedad, se producen cambios patológicos sin que el individuo se dé cuenta de ellos. Esta etapa de la enfermedad subclínica, que se extiende desde el momento de la exposición hasta el inicio de los síntomas de la enfermedad, generalmente se denomina periodo de incubación para enfermedades infecciosas y periodo de latencia para enfermedades crónicas.

Durante esta etapa, se dice que la enfermedad es asintomática (sin síntomas) o no aparece. Este periodo puede ser tan breve como segundos para hipersensibilidad y reacciones tóxicas de hasta décadas para ciertas enfermedades crónicas. Incluso, para una sola enfermedad, el periodo de incubación característico tiene un rango. Por ejemplo, el periodo de incubación típico para la hepatitis A es de hasta 7 semanas. El periodo de latencia para que la leucemia se haga evidente entre los sobrevivientes de la explosión de la bomba atómica en Hiroshima varió de 2 a 12 años, alcanzando un máximo de 6 a 7 años.

Prevención primaria: busca prevenir una enfermedad o afección en un estado prepatológico; para evitar que algo suceda. Las estrategias de prevención primaria enfatizan la promoción general de la salud, la reducción de los factores de riesgo y otras medidas de protección de la salud. Estas estrategias incluyen programas de educación y promoción de la salud diseñados para fomentar estilos de vida más saludables y programas de salud ambiental diseñados para mejorar la calidad ambiental.

Prevención secundaria: la prevención secundaria se centra en las personas que experimentan problemas de salud o enfermedad y que corren el riesgo de desarrollar complicaciones o empeorar las condiciones. Las actividades están dirigidas al diagnóstico y la intervención rápida, lo que reduce la gravedad y permite que el paciente vuelva a la normalidad. Su propósito es curar enfermedades, retrasar su progresión o reducir su impacto en individuos o comunidades.

Prevención terciaria: La prevención terciaria ocurre cuando un defecto o discapacidad es permanente e irreversible. Implica minimizar los efectos de la enfermedad o discapacidad a largo plazo mediante intervenciones directas para prevenir complicaciones y deterioros. Las estrategias de prevención terciaria son medidas terapéuticas y de rehabilitación una vez que la enfermedad está firmemente establecida.

1.9. Atención primaria de salud (APS)

1.9.1. Generalidades

La atención primaria es un enfoque para la salud y el bienestar, centrado en las necesidades y circunstancias de las personas, las familias y las comunidades, aborda la salud y el bienestar físicos, mentales y sociales de una forma global e interrelacionada (47).

Además, proporciona una atención integral de la persona para satisfacer las necesidades sanitarias a lo largo de su vida, no solo para una serie de enfermedades específicas. La atención primaria vela por que las personas reciban un tratamiento integral, desde la promoción y la prevención hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, de una forma lo más ajustada posible a su entorno cotidiano.

De hecho, la atención primaria se basa en un compromiso con la justicia social y la equidad y en el reconocimiento del derecho fundamental al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, tal como dispone el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”. (48)

En este contexto, los profesionales de enfermería de atención primaria de la salud tienen responsabilidades profesionales, legales y éticas que requieren la de-

mostración de una base de conocimientos satisfactoria, la responsabilidad de la práctica, el funcionamiento de acuerdo con la legislación que afecta la enfermería y la atención de salud, y la protección de los derechos individuales y grupales (49).

1.9.2. Historia de la APS

Durante el siglo XX, la salud pública evolucionó con una capacidad creciente para la prevención de enfermedades, en la medida que ocurrían avances científicos en microbiología, inmunología, nutrición y otras ciencias.

El control avanzado de la enfermedad y la nueva evidencia epidemiológica identificaron factores de riesgo para la creciente carga de enfermedades no transmisibles como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y otras. La atención médica también mejoró y se hizo más accesible a través de los sistemas de seguro de salud tanto en el sector privado como en el gubernamental. Los sistemas de salud se convirtieron en esfuerzos públicos y privados más combinados, con el seguro de salud para la atención médica y hospitalaria en el centro de atención.

La epidemiología floreció como una ciencia después de la Segunda Guerra Mundial, produciendo percepciones vitales y evidencia de factores contribuyentes a las enfermedades no transmisibles. En la década de 1960, la evidencia acumulada de fumar como causa directa de cáncer de pulmón y enfermedad cardíaca se identificó como un importante desafío para la salud pública. Estas relaciones se hicieron claras y cada vez más aceptadas después del Informe del Cirujano General de EE. UU. en 1964 (50).

En 1974, Lalonde, Ministro de Salud y Bienestar Nacional de Canadá, publicó el libro *Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses*, que identificó la genética, el medio ambiente, el estilo de vida personal y la atención médica como cuestiones igualmente importantes en la salud personal y de la población (51). Este evento fue uno de los antecedentes más importantes como precursor de la APS en nuestro continente.

Sin embargo, la APS generalmente se asocia con la declaración de la Conferencia Internacional de 1978 en Alma Ata, Kazajstán (conocida como la “Declaración de Alma Ata”). Este evento, colocó la equidad en salud en la agenda política internacional por primera vez, y la APS se convirtió en un concepto central del objetivo de Salud para Todos, de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Este concepto de APS se propuso en un documento presentado al Consejo Ejecutivo de la OMS en enero de 1975, en forma de siete principios que deben seguir los gobiernos que desean mejorar sus servicios de salud.

Los principios generados enfatizaron la necesidad de configurar la APS en torno a los patrones de vida de la población: por su participación para la máxima dependencia de los recursos comunitarios disponibles mientras se mantiene dentro de las limitaciones de costos, para un enfoque integrado de servicios preventivos, curativos y de promoción tanto para la comunidad como para el individuo, para que los trabajadores capacitados de manera más simple para esta actividad realicen intervenciones en el nivel más periférico posible de los servicios de salud, para que otros niveles de servicios se diseñen en apoyo de las necesidades del nivel periférico y para que los servicios de APS se integren completamente con los servicios de los otros sectores involucrados en el desarrollo comunitario (52). El documento conceptual de APS se preparó bajo la guía de Kenneth Newell, Director de la División de Fortalecimiento de los Servicios de Salud de la OMS (53).

Como resultado de la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud realizada en 1986, se emite la llamada Carta de Ottawa, que fue dirigida a la consecución del objetivo “Salud para Todos en el año 2.000”. La carta considera que la promoción de la salud permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud (7). Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación.

De acuerdo con el documento final del evento, las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerrequisitos.

La Carta identificó cinco áreas de acción de promoción de la salud: Crear una política pública saludable, crear entornos de apoyo, desarrollar habilidades personales, fortalecer la acción comunitaria y reorientar los servicios de salud.

En los años sucesivos, la OMS también avanzaba en el tema de la administración de los servicios de salud mediante conceptos de la gerencia y la epidemiología (54).

Luego de la Carta de Ottawa, se han organizado nueve Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud, organizadas por la OMS que han establecido los conceptos, principios y áreas de acción en esta materia, y han situado la promoción de la salud en el contexto general de la globalización. A continuación, se describe las ideas generales que abordaron cada una de ellas:

En la Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, Adelaida, Australia del Sur, 5-9 de abril de 1988 (55) se examinó la formulación de políticas públicas saludables (Bangkok, 2005). En ellas se han examinado la formulación de políticas públicas saludables (Adelaida, 1988) y la creación de entornos propicios (Sundsvall, 1991), así como la creación de capacidad para la promoción de la salud y su función a la hora de abordar los determinantes de la salud (Yakarta, 1997, y México, 2000).

También han defendido acciones para reducir el desfase entre las evidencias y su aplicación concreta en el desarrollo de la salud (Nairobi, 2009). En la octava Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (Helsinki, 2013) se examinaron las experiencias en relación con el enfoque “La salud en todas las políticas” y se establecieron orientaciones para acciones concretas en los países de cualquier nivel de desarrollo.

El evento mundial más reciente que apunta a la retoma de la APS, se realizó en la Novena Declaración de Shanghái sobre Promoción de la Salud (2016), la que destaca la necesidad de que las personas puedan controlar su propia salud, estar en condiciones de elegir un estilo de vida saludable. Al señalar la necesidad de una acción política en muchos sectores y regiones diferentes, destaca el papel de la buena gobernanza y la alfabetización en salud para mejorar la salud, así como el papel fundamental desempeñado por las autoridades de la ciudad y las comunidades.

Los compromisos relacionados con la gobernanza incluyen la protección de la salud a través de políticas públicas, el fortalecimiento de la legislación, la regulación y la fiscalidad de los productos no saludables y la implementación de políticas fiscales para permitir nuevas inversiones en salud y bienestar. La declaración también destaca la importancia de la cobertura sanitaria universal y la necesidad de abordar mejor los problemas de salud transfronterizos.

Las promesas de alfabetización en salud incluyen el desarrollo de estrategias nacionales y locales para mejorar la conciencia de los ciudadanos sobre cómo alcanzar vidas saludables y aumentar la capacidad de los ciudadanos para

controlar su propia salud y sus determinantes aprovechando el poder de la tecnología digital. La declaración también se compromete a garantizar que los entornos respalden las elecciones saludables de los consumidores; por ejemplo, a través de políticas de precios, información transparente y etiquetado claro. La declaración enfatiza la necesidad de políticas urbanas saludables que promuevan la inclusión social, temas que se fortalecen aún más en el Consenso de los Alcaldes.

Este concepto de APS se propuso en un documento presentado al Consejo Ejecutivo de la OMS en enero de 1975 en forma de siete principios que deben seguir los gobiernos que desean mejorar sus servicios de salud. El documento conceptual de APS se preparó bajo la guía de Kenneth Newell, Director de la División de Fortalecimiento de los Servicios de Salud de la OMS (53).

En otro orden de ideas, los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias; esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

En respuesta a la creciente preocupación suscitada por las inequidades persistentes y cada vez mayores, la Organización Mundial de la Salud estableció, en 2005, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, esta instancia propone tres recomendaciones generales: 1. Mejorar las condiciones de vida cotidianas, 2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos y 3. Medición y análisis del problema (39).

El análisis de estos determinantes en el continente americano reviste particular importancia, dado que la inequidad y la desigualdad en materia de salud siguen siendo los principales obstáculos para el desarrollo sostenido. Las personas que viven en la Región suelen verse afectadas de manera desproporcionada por las condiciones deficientes de la vida cotidiana, causadas por los factores estructurales y sociales (macroeconomía, etnicidad, normas culturales, ingresos y educación, ocupación). Estas condiciones y factores son la causa de las desigualdades y las inequidades generalizadas y persistentes en materia de salud en todo el continente (41).

En septiembre de 2000, sobre la base de una década de conferencias y cumbres de las Naciones Unidas sin precedentes, los líderes del mundo se reunieron en la sede en Nueva York para adoptar la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas. A partir de la declaración, los países asumieron el compromiso en una nueva alianza mundial para reducir la pobreza extrema y se establecieron ocho objetivos, con plazo límite de 2015, conocidos como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)(6,56). Al menos tres de los ocho objetivos propuestos se relacionan directamente con salud, a saber: objetivo 4: reducir la mortalidad infantil, objetivo 5: mejorar la salud materna y objetivo 6: combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

En el 2007, con base en las debilidades identificadas, se desarrolla “La Renovación de la APS en las Américas” cuyo propósito es servir de referencia además de incorporar nuevas iniciativas, como la Carta a todos los países que pretendan fortalecer sus sistemas de Ottawa para la promoción de la salud, la atención de salud, acercando la atención de la salud a las personas que viven en áreas urbanas y rurales, independientemente de su género, edad, grupo étnico, situación social o religión (2).

La Declaración del Milenio y sus Objetivos de Desarrollo infundieron nueva vida a los valores de equidad y justicia social, esta vez con vistas a lograr que los beneficios de la globalización se distribuyan de forma más uniforme entre los países. La epidemia del SIDA reflejó la importancia de la equidad y el acceso universal a la salud de forma sustancial. Con la aparición de la terapia anti-retrovírica, la capacidad de acceder a medicamentos y servicios se convirtió en el equivalente a la capacidad de sobrevivir para muchos millones de personas. La ralentización de los progresos hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud obligó a examinar detenidamente los resultados de décadas de falta de inversión en infraestructuras, servicios y personal de salud fundamentales. Hemos sido testigos de que las vigorosas intervenciones y el dinero para adquirirlas no permitirán obtener mejores resultados sanitarios en ausencia de sistemas eficaces para su ejecución (57).

De nuevo en el marco de las conferencias mundiales de promoción de salud, también se ha defendido acciones para reducir el desfase entre las evidencias y su aplicación concreta en el desarrollo de la salud (Nairobi, 2009) (58). En la octava Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (Helsinki, 2013) (59) se examinaron las experiencias en relación con el enfoque “La salud en todas las políticas” y se establecieron orientaciones para acciones concretas en los países de cualquier nivel de desarrollo.

El 25 de septiembre de 2015, los líderes mundiales adoptaron un conjunto de objetivos globales para erradicar la pobreza, proteger el planeta y asegurar la prosperidad para todos como parte de una nueva agenda de desarrollo sostenible, con 17 objetivos y 169 metas específicas que deben alcanzarse en los próximos 15 años. En esta oportunidad se concentra en el tercer objetivo lo concerniente directamente a la salud, el mismo fue denominado “Garantizar una vida saludable y promover el bienestar universal”. Este objetivo se detalla en nueve metas:

1. Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.
2. Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1 000 nacidos vivos.
3. Para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.
4. Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.
5. Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.
6. Para 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo.
7. Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.
8. Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.
9. Para 2030, reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo.

Un año más tarde, que apunta a la retoma de la APS se realizó en la Novena Declaración de Shanghái sobre Promoción de la Salud (2016), la que destaca

la necesidad de que las personas puedan controlar su propia salud, estar en condiciones de elegir un estilo de vida saludable. Al señalar la necesidad de una acción política en muchos sectores y regiones diferentes, destaca el papel de la buena gobernanza y la alfabetización en salud para mejorar la salud, así como el papel fundamental desempeñado por las autoridades de la ciudad y las comunidades.

Finalmente, en 2021, en el marco de la 74^a Asamblea Mundial de la Salud se refuerzan las medidas adoptadas a escala mundial y nacional en relación con los determinantes sociales de la salud; reducir las desigualdades de salud mediante la participación de todos los sectores en la adopción de medidas concretas para mejorar las condiciones de vida y recortar las desigualdades sociales; y mejorar el seguimiento de los determinantes sociales y las inequidades en materia de salud. En la resolución se enumeran las medidas que deben adoptar los gobiernos, la sociedad civil, las organizaciones internacionales, las organizaciones intergubernamentales, el sector privado y la Secretaría de la OMS para seguir luchando contra la pandemia de covid-19 y abordar los futuros esfuerzos de recuperación, entre otras cosas (20).

Los compromisos relacionados con la gobernanza incluyen la protección de la salud a través de políticas públicas, el fortalecimiento de la legislación, la regulación y la fiscalidad de los productos no saludables y la implementación de políticas fiscales para permitir nuevas inversiones en salud y bienestar. La declaración también destaca la importancia de la cobertura sanitaria universal y la necesidad de abordar mejor los problemas de salud transfronterizos.

Las promesas de alfabetización en salud incluyen el desarrollo de estrategias nacionales y locales para mejorar la conciencia de los ciudadanos sobre cómo alcanzar vidas saludables y aumentar la capacidad de los ciudadanos para controlar su propia salud y sus determinantes aprovechando el poder de la tecnología digital. La declaración también se compromete a garantizar que los entornos respalden las elecciones saludables de los consumidores; por ejemplo, a través de políticas de precios, información transparente y etiquetado claro.

La Declaración enfatiza la necesidad de políticas urbanas saludables que promuevan la inclusión social, temas que se fortalecen aún más en el Consenso de los Alcaldes. Así mismo resalta la importancia de trabajar en los ODS.

Los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) están enfocados en (60): poner fin a la pobreza, hambre cero, salud y bienestar, educación de calidad,

igualdad de género, agua limpia y saneamiento, energía asequible y no contaminante, trabajo decente y crecimiento económico, industria, innovación e infraestructura, reducción de las desigualdades, ciudades y comunidades sostenibles, producción y consumo responsables, acción por el clima, vida submarina, vida de ecosistemas terrestres, paz, justicia e instituciones sólidas y alianzas para lograr los objetivos. Ellos tienen 169 metas, un alcance más amplio y van más allá que los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) al abordar las causas fundamentales de la pobreza y la necesidad universal de lograr un desarrollo a favor de todas las personas. Los objetivos abarcan las tres dimensiones del desarrollo sostenible: el crecimiento económico, la inclusión social y la protección del medio ambiente.

Sobre la base del éxito y el impulso de los Objetivos del Milenio, los nuevos objetivos mundiales abarcan más con la pretensión de afrontar las desigualdades, el crecimiento económico, el acceso a un trabajo decente, las ciudades y los asentamientos humanos, la industrialización, los océanos, los ecosistemas, la energía, el cambio climático, el consumo y la producción sostenibles, la paz y la justicia.

Los nuevos objetivos son de aplicación universal para todos los países, mientras que los del Milenio estaban dirigidos únicamente a los países en desarrollo. Un elemento fundamental de los ODS es la gran atención que prestan a los medios de aplicación -la movilización de recursos financieros-, el desarrollo de la capacidad y la tecnología, los datos y las instituciones. Los nuevos objetivos reconocen que es esencial luchar contra los efectos del cambio climático, a fin de lograr el desarrollo sostenible y la erradicación de la pobreza. El ODS 13 busca adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos.

En este sentido, luego del estudio de la historia de la APS, se puede decir que refuerza la génesis y evolución de enfermería como profesión y su compromiso histórico con la sociedad. Ese contrato se refiere a proteger a las personas de las enfermedades, a colaborar para disminuir la degradación ambiental y la violencia; a mantener a la población saludable e incrementar su bienestar.

Por lo tanto, se requiere proveer de cuidado compasivo a las personas, sin importar su raza, cultura, orientación sexual, clase socioeconómica o nivel educativo, pero también es necesario fortalecer las habilidades de la gente para cuidarse a sí misma, y de esa manera contribuir a elevar la calidad de vida de la población en su conjunto. Durante muchas generaciones, y en muchos rincones del mundo, la enfermería ha provisto cuidado a los más vulnerables y necesitados, y en general a todos aquellos que lo requieren (61).

1.9.3. Conceptos

La Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad (62). La OMS ha formulado una definición uniforme basada en tres componentes (47):

1. Tratar los problemas de salud de las personas mediante una asistencia integral de promoción, protección, prevención, cura, rehabilitación y cuidados paliativos en el curso de la vida, priorizando estratégicamente los servicios de salud cruciales del sistema que son destinados a las personas y las familias a través de la asistencia primaria, así como a la población, mediante funciones de salud pública como elementos centrales de servicios integrados de salud.
2. Abordar sistemáticamente los determinantes más amplios de la salud (entre ellos las características y comportamientos sociales, económicos y ambientales, así como los de las personas), a través de políticas y medidas públicas basadas en pruebas científicas en todos los sectores.
3. Fomentar la autonomía de las personas, las familias y las comunidades para optimizar su salud, como promotores de las políticas que fomentan y protegen la salud y el bienestar, como copartícipes en los servicios de salud y sociales, y como cuidadores de sí mismos y de otras personas (57).

No existe una definición uniforme y aplicable universalmente de la atención primaria. En el documento de Alma-Ata había ambigüedades, debido a que el concepto denotaba tanto un nivel de asistencia como un enfoque global de la política sanitaria y el suministro de servicios. En los países de ingresos altos y de ingresos medios, la atención primaria se entiende sobre todo como el primer nivel asistencial, mientras que en los países de ingresos bajos donde el acceso a la atención sanitaria sigue planteando retos importantes se considera más bien como una estrategia de todo el sistema.

1.9.4. Construcción de sistemas de salud basados en APS

Un sistema basado en la APS implica un enfoque amplio construido sobre la base de las lecciones aprendidas y la identificación de valores esenciales para establecer las prioridades nacionales y para evaluar si los cambios sociales responden o no a las necesidades y expectativas de la población; principios que otorgan los cimientos

para las políticas de salud, la legislación, los criterios evaluativos, la generación y asignación de los recursos y para la operación del sistema de salud; elementos que en un Sistema de Salud basados en la APS son los componentes organizacionales y funcionales que permiten organizar las políticas, los programas y los servicios.

Las competencias de los equipos (humanos) deben estar acordes a los elementos esenciales que definen los Sistemas de Salud basados en la APS y, por tanto, deben permitir dar respuesta a las situaciones planteadas en las siguientes áreas (63):

Acceso y cobertura universal

Desde la perspectiva de la APS, el acceso universal es la eliminación de barreras geográficas, financieras, socioculturales, organizacionales, de género y estructurales para la participación dentro del sistema de salud y/o la utilización de los servicios de acuerdo con las necesidades de salud del individuo, la familia y la comunidad.

Atención integral e integrada

La atención integral e integrada significa que el rango de los servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la provisión de servicios de promoción, prevención, diagnóstico precoz, curación, rehabilitación, atención paliativa y apoyo para el autocuidado. La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la prevención, la atención primaria, secundaria, terciaria y paliativa.

Énfasis en la promoción y prevención

Es la atención en salud en el momento de intervención más temprano posible dentro del proceso salud-enfermedad y/o entre el riesgo, los problemas de salud y secuelas. Esta atención de salud se presta al individuo, la familia y la comunidad. En lo individual, comprende las acciones de educación y la promoción de la salud, fortaleciendo las capacidades de las personas en la prevención de la enfermedad y el autocuidado. A nivel comunitario, la APS coordina con otros sectores la realización de actividades de prevención.

Atención apropiada

La atención apropiada plantea la aplicación de medidas, tecnologías y recursos en cantidad y calidad suficientes para garantizar el cumplimiento de

los objetivos propuestos en materia de salud. Los beneficios esperados, como resultado de una atención adecuada, deben superar las consecuencias negativas del proceso de la enfermedad.

Orientación familiar y comunitaria

Significa que un sistema de salud basado en la APS no descansa exclusivamente en la perspectiva individual, sino que emplea la perspectiva de la salud pública y hace uso de la información comunitaria para valorar riesgos, identificar problemas y priorizar las intervenciones. La familia y la comunidad son consideradas como el foco primario de la planificación y de la intervención.

Mecanismos activos de participación

La APS debe ser parte integral de las estrategias nacionales y locales de desarrollo socioeconómico, involucrando de forma compartida la participación social para garantizar transparencia y rendición de cuentas en todos los niveles. Esto incluye actividades conjuntas del Equipo de Atención Primaria (EAP) y la comunidad, que promuevan ambientes y estilos de vida saludables, fomenten el autocuidado de la salud de los individuos, la estimulación de las habilidades de las comunidades para hacerse socios activos en la identificación, priorización, planificación y gestión de los problemas de salud de la comunidad, así como la evaluación de las acciones llevadas a cabo por el sector de la salud, incorporando también sectores públicos, privados y de la sociedad civil.

Calidad en la Atención Primaria de Salud

Aunque la definición de calidad siempre ha sido compleja, podríamos definirla como la adecuación con la que se llevan a cabo las acciones de salud; la mayor calidad se obtiene cuando las acciones son más adecuadas; es decir, cuando se realizan lo mejor posible, en términos de mayor efecto, la menor molestia, al menor costo, que permiten la habilidad profesional, el nivel de conocimiento científico y del desarrollo tecnológico.

Marco legal e institucional

Es de gran importancia el dominio del Marco legal e institucional, que está relacionado con el conocimiento de políticas, planes y programas del sector de la salud; así como las normas y regulaciones legales existentes, vinculados con el quehacer y el desempeño técnico-profesional de los miembros del equipo. Muchas veces las regulaciones de ámbito nacional limitan el desarrollo del trabajo en equipo.

Organización y gestión óptimas

Las estructuras y las funciones de un sistema de salud basado en la APS requieren de una organización y gestión óptimas, incluyendo un marco de referencia legal, política e institucional que identifique y dé poder a las acciones, los actores, los procedimientos y los sistemas legal y financiero que permitan al equipo desempeñar sus funciones específicas en la toma de decisiones.

En términos de sus actividades operativas, los EAP requieren de buenas prácticas de gestión que faciliten la optimización, la organización y la provisión de atención, de forma tal que satisfaga los estándares de calidad, ofrezca lugares de trabajo atractivos a sus miembros y responda a las necesidades de salud de la comunidad. Un sistema basado en la APS viene a fortalecer el primer nivel de atención, a pesar de que su estructura y funcionamiento es más complejo.

Recursos humanos apropiados

En este aspecto se incluyen a quienes proveen los servicios (EAP): a los trabajadores comunitarios, a los gestores y al personal administrativo. Ellos deben tener una combinación correcta de habilidades y conocimientos en su desempeño. Para lograr la disponibilidad de este tipo de recurso humano, exige una planificación estratégica e inversión en capacitación, empleo e incentivos; así como la ampliación y el fortalecimiento de los conocimientos y habilidades de los trabajadores de la salud ya existentes.

Recursos adecuados y sostenibles

Los recursos han de ser los apropiados para las necesidades de salud, deben ser determinados por un análisis de la situación de salud fundamentado en información del nivel comunitario e incluye recursos, así como el presupuesto necesario para prestar una atención integral de alta calidad. Los recursos deben ser suficientes para lograr el acceso y la cobertura universal, teniendo en cuenta que la disponibilidad de varía de acuerdo a los países.

Acciones intersectoriales

Las acciones intersectoriales se necesitan para abordar los determinantes de la salud de la población y para crear relaciones sinérgicas con los actores y sectores. Ello requiere de vínculos estrechos entre las áreas públicas, privadas y no gubernamentales, tanto al interior como fuera de los servicios de salud, para que tengan un impacto sobre la salud y sus determinantes.

Componentes de la APS

Los componentes básicos de la APS son (5):

1. Educación sanitaria y promoción de la salud.
2. Adecuado abastecimiento de alimento y promoción de una buena alimentación.
3. Abastecimiento de agua potable y de saneamiento básico.
4. Cuidados sanitarios materno-infantiles, incluyendo la salud reproductiva.
5. Inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
6. Prevención y control de enfermedades endémicas.
7. Tratamiento apropiado de las enfermedades más habituales y de los traumatismos comunes.
8. Provisión de medicamentos esenciales.

Valores, principios y elementos

Valores (5)

Son esenciales para establecer las prioridades nacionales y para evaluar si los cambios sociales responden o no a las necesidades y expectativas de la población. Proveen una base moral para las políticas y programas que se proyectan en nombre del interés público.

Derecho al nivel de salud lo más alto posible: implica derechos de los ciudadanos y responsabilidades del Estado y crea en los ciudadanos la vía del recurso a la que pueden recurrir cuando los compromisos no son cumplidos. El derecho al nivel de salud más alto posible es instrumental, en el sentido que debe garantizarse que los servicios de salud tengan la capacidad de responder a las necesidades de la población.

Equidad en la salud: es la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud en el acceso a la atención de salud y a los ambientes saludables y en el trato que se recibe en los sistemas de servicios sociales y de salud, representa un prerrequisito para garantizar la capacidad humana, la libertad y los derechos. La equidad aporta valores intrínsecos y trata de proveer más a quien se demuestre que lo necesita. Para que prevalezca la equidad se requiere de la aplicación de la justicia, cuya misión es la aplicación del derecho, que conlleva a un Estado de Derecho respetuoso de las garantías individuales, cuyo fin principal es salvaguardar la integridad del individuo frente a actos de sus semejantes y la conservación del orden social.

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

Principios (5)

Conviene entender la atención primaria como un concepto que implica tanto principios fundamentales como un conjunto variable de actividades básicas. A los efectos del presente análisis, lo más importante son los principios (3) que se cifran en lo siguiente (64):

- Acceso universal a la atención y cobertura en función de las necesidades: Implica que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requieren la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar.
El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son el fundamento de un sistema de salud equitativo. La cobertura universal se construye a partir del acceso universal, oportuno y efectivo a los servicios. Sin acceso universal, oportuno y efectivo, la cobertura universal se convierte en una meta inalcanzable. Ambos constituyen condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar (65).
- Adhesión a la equidad sanitaria como parte de un desarrollo orientado a la justicia social: las condiciones en que vive la población inciden de forma importante en la equidad sanitaria. El acceso a una vivienda y un alojamiento de calidad, a agua salubre y a servicios de saneamiento es un derecho de todo ser humano y una condición indispensable para una vida sana. El aumento de la motorización, los cambios en el uso del suelo para facilitar el tráfico rodado y la mayor incomodidad de los medios de transporte no motorizados tienen efectos que repercuten en la calidad del aire, las emisiones de gas de efecto invernadero y la inac-

tividad física. La planificación y el diseño de los espacios urbanos tienen consecuencias importantes en la equidad sanitaria, pues influyen en el comportamiento y la seguridad (66).

- Participación de la comunidad en la definición y aplicación de las agendas de salud: la participación de los ciudadanos y otros interesados es requisito indispensable de todas esas reformas; reconocer que los intereses creados tienden a llevar a los sistemas de salud en distintas direcciones pone de relieve la importancia del liderazgo y la previsión y del aprendizaje continuo para obtener mejores resultados (4).
- Enfoques intersectoriales de la salud: cuando la colaboración intersectorial tiene éxito, los beneficios para la salud pueden ser considerables, aunque las muertes evitadas destacan menos que las vidas perdidas (28).

Características e instrumentos de la APS (4)

Esas características son la centralidad de la persona, la integralidad, la integración, y la continuidad de la asistencia, con un punto de acceso sistemático al sistema sanitario para que los pacientes y quienes les atienden puedan entablar una relación duradera basada en la confianza. A continuación, se describe todo lo que ello implica para la organización de la prestación de atención sanitaria: el cambio necesario de la atención especializada por otra de carácter ambulatorio y generalista que se responsabilice de una determinada población y sea capaz de coordinar el apoyo brindado por los hospitales, los servicios especializados y las organizaciones de la sociedad civil.

La buena atención gira en torno a la persona: las reformas de la prestación de servicios que propugna el movimiento en favor de la APS tienen por objeto situar a las personas en el centro de la atención sanitaria para conseguir que los servicios sean más eficaces, eficientes y equitativos. Los servicios de salud que aplican este principio comienzan por establecer una relación estrecha y directa entre los individuos y las comunidades y sus dispensadores de atención. De ese modo se dispone de una base para aplicar los principios de centralidad de la persona, continuidad, integralidad e integración, que constituyen las características distintivas de la APS.

Continuidad de la atención: comprender a las personas y el contexto en que viven no solo es importante para ofrecer una respuesta integral y centrada en la persona, sino que también condiciona la continuidad de la atención. Los dispensadores de salud se comportan a menudo como si su responsabilidad comenzara al entrar el paciente y terminara al irse. La atención, sin embargo, no

debe limitarse al momento en que el paciente expone su problema, ni quedar confinada a las cuatro paredes de la sala de consulta.

La integralidad: la diversidad de las necesidades y los retos que afrontan las personas en materia de salud no se corresponde claramente con las categorías diagnósticas, más propias de los libros de texto, de la atención promocional, preventiva, curativa y rehabilitativa.

Esa diversidad requiere la movilización de una amplia gama de recursos que pueden abarcar la promoción de la salud e intervenciones de prevención, así como el diagnóstico y el tratamiento o derivación, la atención domiciliaria crónica o a largo plazo y, en algunos modelos, los servicios sociales.

El punto de acceso al sistema, donde la gente plantea su problema por primera vez, es el lugar en que más apremiante resulta la necesidad de una oferta integral e integrada de atención.

Los instrumentos que utiliza la evaluación son los indicadores. Un indicador es una variable que se puede medir. Hay variables complejas (por ejemplo, clase social) que se pueden medir con diferentes indicadores (por ejemplo, escolaridad, ingreso mensual y bienes). Estos instrumentos se orientan a tres grandes áreas: estructura, proceso y resultados (67,68).

Estas herramientas facilitan el registro de la información sobre la persona, las familias y comunidades según sus riesgos, las atenciones y servicios entregados tanto en las fases de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos (69). En el caso ecuatoriano, los instrumentos permiten:

- Diagnosticar los riesgos para la salud.
- Planificar actividades terapéuticas, los cuidados y la rehabilitación.
- Transferir lo clínico a lo psicosocial.
- Estudiar los riesgos en el contexto familiar, analizando las repercusiones sobre la familia, evaluando de forma especial las repercusiones sobre la organización y la función familiar.
- Evaluar los apoyos informales y la necesidad de utilizar los recursos formales de la comunidad.
- Realizar el diagnóstico, decidir la intervención y planificar el seguimiento del proceso clínico-familiar y de las visitas domiciliarias programadas.
- Realizar una evaluación dinámica, organizada y continua del estado de salud de las personas en una comunidad determinada, y supone sus

registros, diagnóstico, intervención y seguimiento con el propósito de influir en la mejoría de su estado de salud, mediante la planificación y desarrollo de intervenciones que contribuyan a ello. (69)

En el apartado del Modelo de Atención Integral de Salud, se abordarán con detalle los instrumentos que se utilizan para los efectos descritos en el listado anterior.

Oferta del Sistema de Salud Ecuatoriano

El Ministerio de Salud Pública, como la máxima Autoridad Sanitaria (AS), para cumplir con los objetivos del MAIS-FCI, organiza y construye los procesos con la finalidad de ofertar las prestaciones de salud en los tres niveles de atención, cuya misión es la atención integral de las personas, familias y comunidades en un espacio poblacional determinado. Esta es la parte fundamental en la que se asienta la estructura del Sistema Nacional de Salud.

El modelo concibe la salud en una doble dimensión: como producto de las condiciones sociales y biológicas y a la vez como productor de condiciones que permiten el desarrollo integral a niveles individual y colectivo, se construye en el marco de las condiciones económicas, sociales, políticas, culturales, ambientales, de las formas de relación con los grupos sociales, de la forma en que cada sociedad se organiza para la distribución de los bienes, entre ellos: los servicios de salud y de cómo a nivel individual y sobre una base biológica y espiritual se procesan estas condiciones (69).

Por otro lado, recupera la planificación como herramienta fundamental para trazar el horizonte y los caminos a seguir para lograr un país capaz de garantizar los derechos de las y los ciudadanos y de las futuras generaciones(69).

Algunas características de la oferta son: el enfoque de la Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) en estrecha relación con la noción de desarrollo humano sustentable, el reconocimiento de la salud como un derecho fundamental que tiene que ser garantizado por el Estado y cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos que sustentan el Buen Vivir, el enfoque de Determinantes de la Salud, con una visión que pone en el centro de la preocupación al ser humano y articula los diferentes ámbitos de la vida a niveles económico, social, político, cultural y ambiental, en función de la generación de oportunidades y potenciación de las capacidades, para el logro de condiciones de bienestar de toda la población.

CAPÍTULO 2

LOS PROBLEMAS DE SALUD EN ECUADOR Y EL ROL DE ENFERMERÍA

2. LOS PROBLEMAS DE SALUD EN ECUADOR Y EL ROL DE ENFERMERÍA

Acerca del tema en cuestión, el documento de mayor jerarquía que rige la materia es la Constitución de la República del Ecuador (CRE) cuyo artículo primero señala que: “[...] es un Estado constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico. Se organiza en forma de república y se gobierna de manera descentralizada” (70). A partir de su espíritu garantista se presentan algunas características de la salud en la nación.

El país tiene una población de 17,6 millones, una esperanza de vida de hombres 74,8 y mujeres 78,7 años, la tasa de fecundidad con tendencia a la baja de 2,3 (número medio de hijos que una mujer da a luz durante su vida), cobertura sanitaria universal de 64,5% mayor que en la década anterior, y cobertura de servicios para todas las necesidades sanitarias poblacionales y la medida en que esos servicios podrían contribuir a mejorar la salud.

En el último decenio, hay un cambio drástico en las causas de muerte, las infecciosas han descendido a expensas de las no contagiosas, en el 2019 las principales causas de muerte y discapacidad son las cardiopatías isquémicas (adicionalmente, la primera causa de discapacidad), los accidentes de tránsito, los desórdenes del periodo neonatal, diabetes, la enfermedad renal crónica y las infecciones respiratorias bajas.

El mismo informe del Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud, revela los siete factores de riesgo prioritarios que explican las muertes y la discapacidad, también se han modificado con el paso el tiempo, en orden importancia son: el índice de masa corporal elevado, la glucosa en ayuno elevada, presión sistólica elevada, la desnutrición, los riesgos por la dieta, la insuficiencia renal y el consumo de alcohol. Es importante destacar que de los mencionados cuatro son metabólicos y dos son conductuales(71), es decir que en gran medida son prevenibles.

La cardiopatía isquémica (CI) es la principal causa de muerte a nivel mundial con un conjunto reconocido de factores de riesgo. La cardiopatía isquémica (CI) es la principal causa de muerte a nivel mundial con un conjunto reconocido de factores de riesgo. A partir de datos de la OMS, se ha identificado, que la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular sigue aumentando. La globalización parece haber contribuido a una mayor prevalencia de factores de

riesgo en los países en desarrollo. También, se desprende de esa investigación la necesidad de mejorar las estrategias de prevención primaria y la implementación de políticas de salud pública para reducir la mortalidad mundial por esta enfermedad (72), un estudio nacional revela que es más frecuente en hombres, de un total de 93 pacientes la edad promedio de defunciones por infarto agudo al miocardio fue de 69,62 años y el 63,44% la causa de muerte el infarto agudo al miocardio (73).

En ese sentido, uno de los factores asociados a las otras enfermedades cardiovasculares es la Hipertensión Arterial. La HTA (o tensión arterial alta), es la presión arterial sistólica (PAS) promedio ≥ 140 mm Hg y/o una presión arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mm Hg tanto en la población general como en pacientes diabéticos (74,75). Es un trastorno grave que incrementa de manera significativa el riesgo de sufrir cardiopatías, encefalopatías, nefropatías y otras enfermedades. Se estima que en el mundo hay 1130 millones de personas con hipertensión, y la mayoría de ellas (cerca de dos tercios) vive en países de ingresos bajos y medianos. En 2015, 1 de cada 4 hombres y 1 de cada 5 mujeres tenían hipertensión arterial. Apenas 1 de cada 5 personas hipertensas tiene controlado el problema (76).

En este sentido, para el mantenimiento de la salud cardiovascular y presión arterial, se requiere de los espacios y las dimensiones, donde el conocimiento tradicional construye el cuidado de la salud con los saberes que se heredan de los antepasados, (quienes lo adquirieron de la “observación y empirismo”, primeramente, luego de la “experimentación” y finalmente del “uso”), ese cuidado en salud tradicional les condujo tanto para su subsistencia como para su satisfacción espiritual. Se añade lo que cada generación va agregando, hasta conformar una cultura propia para el mantenimiento de la salud (77).

El mantenimiento de la salud puede estar afectado por múltiples aspectos que desencadenan enfermedades que se relacionan con factores biológicos, mentales, sociales, ecológicos y espirituales. Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en el ámbito mundial y entre los factores de riesgo modificables más prevalentes se encuentra la HTA, que es la tercera causa de muerte en el mundo, atribuyéndosele una de cada ocho muertes a nivel global (78).

2.1. Factores de riesgo asociados

La hipertensión arterial es una de las primeras causas de morbimortalidad a niveles mundial, regional, nacional y local, además de ser una de las causas

principales de muerte prematura en el mundo. Es causada por múltiples factores de larga duración y progresión lenta, constituyéndose además en la causa de otras complicaciones como el accidente cerebrovascular, infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardiaca congestiva, entre otras, teniendo repercusiones económicas y sociales: muerte prematura, discapacidad, dificultades personales y familiares como pérdida de ingreso y gastos médicos ocasionados por esta patología, repercutiendo en las familias, comunidades y los gastos en el sistema de salud. En este sentido, una de las metas mundiales para las enfermedades no transmisibles es reducir la prevalencia de la hipertensión arterial en un 25% para 2025 (con respecto a los valores de referencia de 2010) (79).

Uno de los factores de riesgo clave de las enfermedades cardiovasculares es la hipertensión arterial, que afecta a mil millones de personas en el mundo, y puede provocar infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares. Los investigadores calculan que la hipertensión es la causa por la que mueren anualmente nueve millones de personas (80).

En el territorio ecuatoriano, estudios de envergadura nacional revelan que la prevalencia de HTA es de 25,8% (hombres: 27,2% vs. mujeres: 24,7% y que los factores de riesgo son la edad > 60, obesidad según índice de masa corporal, alto consumo calórico y el antecedente familiar (81).

De acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) del año 2012, la prevalencia de prehipertensión arterial, entendida como la Tensión Arterial Sistólica (TAS) de 120 a 139 y/o Tensión Arterial Diastólica (TAD) de 80 a 89; en la población de 10 a 17 años es de 14,2% y en la de 18 a 59 años, de 37,2%. Por otro lado, la prevalencia de HTA, es decir, con TAS \geq 140 y/o TAD \geq 90 en la población de 18 a 59 años es de 9,3%, siendo más frecuente en hombres que en mujeres (11,2% versus 7,5%).

En el mismo contexto, pero en otro orden de ideas, es importante conocer los factores de riesgo que influyen en el desarrollo de la enfermedad. Estos factores pueden ser tradicionales modificables y no modificables. Entre los factores de riesgo modificables figuran las dietas malsanas (consumo excesivo de sal, dietas ricas en grasas saturadas y grasas trans e ingesta insuficiente de frutas y verduras), la inactividad física, el consumo de tabaco y alcohol, y el sobrepeso o la obesidad. Por otro lado, existen factores de riesgo no modificables, como los antecedentes familiares de hipertensión, la edad (más de 65 años) y la concurrencia de otras enfermedades, como diabetes o nefropatías (76).

Con estos antecedentes el desarrollo de problemas como el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles como la HTA se han incrementado. Sin embargo, una enfermedad no solo se trata desde el punto de vista de la oferta de servicios sanitarios, la demanda de estos implica también que la implementación de acciones debe incluir la participación y cooperación del paciente y su familia. Aunque algunas de las guías de referencia a nivel mundial la mencionan, hacen poco énfasis en la forma de integrarla al tratamiento (82).

Por otro lado, los cambios en el estilo de vida y la adherencia al tratamiento, como parte de un fenómeno personal y cultural, siguen siendo un desafío para los proveedores de atención médica involucrados en el cuidado de personas con hipertensión.

A pesar del progreso reciente, continúan existiendo disparidades étnicas en la conciencia y el tratamiento de la HTA. Para reducir esta brecha importante, la investigación futura debe centrarse en factores epidemiológicos, genéticos y sociológicos, así como en terapias específicas para lograr los máximos beneficios médicos en estos subgrupos (83).

Como segunda causa de muerte en el país, la ocurrencia de accidentes distinguiendo el tipo se presenta de la siguiente manera: 1) choques (46,2 %); 2) atropellos (16,2 %), 3) estrellamientos (13,1 %); 4) pérdida de pista (12,5 %) y otro tipo (13,8 %) (INEC, 2018). En lo que respecta a las causas de los accidentes de tránsito, el 48,1 % se debe a la falta de atención de los conductores (por imprudencia o inobservancia a las señales de tránsito), exceso de velocidad (16,3 %) y el irrespeto a las señales de tránsito (12,6 %) (84).

El estudio econométrico nacional determinó que los accidentes de motocicletas tienen más probabilidad de causar heridas o la muerte que los de vehículos de 4 o más ruedas y que hay factores humanos (embriaguez, exceso de velocidad, imprudencia del peatón) que aumentan el riesgo de siniestros en vehículos livianos. Por otro lado, se conjugan condiciones climáticas, tales como la neblina aumenta la probabilidad de accidentes en vehículos de carga pesada, de comercio y transporte de pasajeros. Adicionalmente, los autores consideran que el estado de las vías es un factor clave para evitar accidentes (85). En ese sentido, los países de altos ingresos tenían un número total de muertes más bajo, debido a que mantenían altos estándares y políticas de vehículos, mientras que la situación era muy diferente para los países de bajos ingresos. Los países que carecen de leyes que protejan a los ciclistas registraron porcentajes de muerte más altos. El porcentaje de muertes de peatones fue alto cuando no

existía una política para separar a los usuarios de las carreteras, especialmente en los países africanos de bajos ingresos. Las muertes se pueden reducir mediante la aplicación de las leyes y la práctica de buenas normas de seguridad relacionadas con el tráfico rodado.

A partir de las evidencias, se concluye que las estrategias futuras de seguridad vial y de vehículos deben considerar el uso de herramientas estadísticas avanzadas para promover la seguridad. Basado en un enfoque de seguridad de triple capa (vehículo, infraestructura y sociedad) estricto, las regulaciones y la aplicación son medidas efectivas para reducir las muertes en los países de ingresos bajos y medianos. Por otro lado, la introducción de tecnologías de vehículos más avanzadas será útil en países con altos ingresos nacionales brutos. Por lo tanto, un equilibrio adecuado de las diferentes contramedidas basadas en las zonas económicas podría ser eficaz para reducir el total de víctimas de tráfico en el mundo (86).

Desde el punto de vista económico, la carga promedio de enfermedad es 141.430 años de vida perdidos ajustados por discapacidad (DALY, por sus siglas en inglés) o 897 DALY por 100.000 personas (95% CI 892-902). El costo de los DALY, utilizando el enfoque de capital humano, es de 806,8 millones USD equivalente al 0,89% del PIB, 81% causado por hombres y 19% por mujeres. Este porcentaje del PIB perdido por accidentes de tránsito es equivalente a que cada individuo en Ecuador paga 358 USD al año.

En otro orden de ideas, como un hecho muy notorio desde el punto de vista de los desafíos de la salud pública, en el segundo trimestre, producto de la propagación del covid-19 se inicia, en todo el país, una serie de medidas como parte de un proceso de control del brote que se descubrió en marzo de 2020 (87), con fecha 13 de noviembre de 2021, se han confirmado 521.792 contagiados y 33.088 muertes, siendo la zona sierra, en cuanto a las provincias más afectadas han sido Pichincha (37,32%) y Guayas (13,81%) y Azuay (5,58%). El género más afectado ha sido el masculino (51%), el grupo etario preponderante es el de 20 a 49 (60,8%) y de 50 a 64 (20,3%) (88).

Existe amplia evidencia de que los factores sociales, incluidas la educación, la situación laboral, el nivel de ingresos, el género y la etnia, tienen una influencia marcada en la salud de una persona. En todos los países, ya sean de ingresos bajos, medianos o altos, existen grandes disparidades en el estado de salud de los diferentes grupos sociales. Cuanto más baja es la posición socioeconómica de una persona, mayor es su riesgo de enfermarse y morir. En ese mis-

mo orden de ideas, las inequidades en salud son diferencias sistemáticas en el estado de salud de diferentes grupos de población. Estas desigualdades tienen importantes costos sociales y económicos tanto para los individuos como para las sociedades (89).

Respecto a variables económicas, 79,79% de la población es pobre por necesidades insatisfechas en vivienda, salud, educación y empleo. El 44,8 por 100.000 niños y adolescentes viven en hogares en situación de pobreza multidimensional (90-92).

La tasa de pobreza multidimensional pasó del 37,4% en diciembre de 2014 a 36,6% en diciembre de 2018 y, la tasa de pobreza multidimensional extrema, de 15,7% a 14,8% en el mismo periodo, lo que da cuenta de la incorporación de una mayor población al acceso a cuatro dimensiones básicas: i) educación, ii) trabajo y seguridad social, iii) salud, agua y alimentación y iv) hábitat, vivienda y ambiente sano. La tasa de pobreza multidimensional de las mujeres se redujo de 36,8% en el 2014 a 33,7% en el 2018 y la tasa de pobreza extrema multidimensional de las mujeres pasó en el mismo periodo de 15,3% a 13,7%. Sin embargo, las características de desigualdad de carácter estructural en el desarrollo integral del área rural y específicamente la baja productividad de las actividades agrícolas, en las que se ubica más del 60% de la población económicamente activa rural, en conjunción con los patrones de discriminación en todos los ámbitos a pueblos y nacionalidades, constituyen retos históricos para alcanzar una disminución sostenida de la pobreza y extrema pobreza en el país (93). Aunque, en otro sentido, la pobreza por ingresos en el 2018 fue de 23,2% con un incremento de 1,8 puntos porcentuales frente al año anterior. Para el mismo periodo, la pobreza en el ámbito rural pasó de 39,3% a 40,0%, mientras que la urbana en fue de 15,3% (94).

Por otro lado, Ecuador tiene un Índice de Gini de un 0,729 (donde 0 es perfecta igualdad y 1 es perfecta desigualdad de los ingresos), índice que es mejor al de años anteriores, pero aún es insuficiente para alcanzar la equidad total deseada (26). En el Ecuador, el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos, a lo largo del ciclo vital de las personas, está afectado por las inequidades económicas, de género, sociales y étnicas.

Entre los efectos de las inequidades, se expresan en los siguientes ámbitos interrelacionados: la diferencia de la tasa de fecundidad entre distintos grupos de población, el desequilibrio en la fecundidad deseada y observada, el embarazo en adolescentes, la mortalidad materna, el acceso a métodos anticonceptivos, incremento de las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el vi-

rus de inmunodeficiencia humana (VIH), violencia basada en género, cánceres relacionados al aparato reproductivo, y salud sexual y salud reproductiva en personas con discapacidad (95).

Desde el punto de vista de la variable de la mortalidad, las enfermedades prevenibles siguen ocupando los dos primeros lugares de las causas de muerte en Ecuador. Ambas son consecuencia, en parte, de los malos hábitos alimenticios y, por otra parte, la falta de ejercicio ante una vida sedentaria.

En tercer lugar, aparecen las causas mal definidas, mientras que las muertes por accidentes de tránsito están en séptimo lugar. Las causas de mortalidad en el año 2018, en orden descendente, son: 1. Enfermedades isquémicas del corazón, 2. Diabetes Mellitus, 3. Causas mal definidas, 4. Enfermedades cerebrovasculares, 5. Influenza y neumonía, 6. Enfermedades hipertensivas y, 7. Accidentes de transporte terrestre (96).

En cuanto al grupo de adolescentes, es considerado un grupo vulnerable y de atención prioritaria (29), un estudio con población de la provincia determinó que entre los factores que predisponen al embarazo en la adolescencia están: adolescencia tardía como etapa, autoidentificación étnica mestiza, bajo nivel académico, unión libre, ser ama de casa, condición socioeconómica media baja y baja, vivir distante al centro de salud, consumo de sustancias psicoactivas, migración de uno de los padres, deserción escolar, presentar disfunción familiar y antecedente de embarazos previos (97).

El maltrato infantil también hace sus estragos en la provincia, las causas de este en la provincia de Cañar son: familias que viven bajo condiciones socioeconómicas de pobreza, la migración y el nivel de escolaridad de los padres (98). El país tiene una deuda histórica traducida en el reto de la desnutrición crónica, la cual ha estado vinculada a la profunda desigualdad social y a los problemas económicos que generalmente afectan a la población con mayor pobreza y condiciones de vida adversas, comprometiendo severamente el potencial de desarrollo de las personas y el conglomerado social.

Adicionalmente, el sobrepeso y obesidad se han constituido en problemas de salud pública, que afectan cada vez más a una mayor cantidad de personas durante todo el curso de vida; esto es causado, en parte, por los cambios en los patrones de alimentación y de actividad física de la población. Las consecuencias biológicas, emocionales y económicas del sobrepeso y obesidad son de tal magnitud que provocan enfermedades que se han convertido en las primeras causas de muerte en el país (99).

Por otro lado, el 29,9% de la población no tiene acceso a agua segura, cercana, suficiente y libre de contaminación con *Escherichia coli*; 14% no cuenta con servicio higiénico adecuado y de uso exclusivo para los miembros del hogar; y el 12,7% no cuenta con una instalación para lavarse las manos con agua y jabón dentro de la vivienda. La situación se ve exacerbada en las zonas rurales, donde los porcentajes de la población ascienden a 43,9%, 15,7% y 21,4% respectivamente (100).

A pesar de que la disponibilidad alimentaria supera en promedio los requerimientos alimentarios de los ecuatorianos, en el periodo 2014-2016 la disponibilidad alimentaria superó en un 8% en promedio los requerimientos energéticos. Los cereales son la principal fuente calórica, con un total del 34,3% de las calorías disponibles entre el 2011-2013, en promedio; sin embargo, por rubros, las carnes, aceites y grasas han incrementado su disponibilidad, pero la de las frutas, verduras y raíces ha disminuido.

Aunque no solo es importante la disponibilidad y el origen de las calorías, si no lo que éstas representan en términos de macronutrientes; lo que resulta preocupante, ya que la disminución de la disponibilidad de frutas y verduras puede dificultar el cumplimiento a la recomendación de Organización Mundial de la Salud (OMS), de consumo de al menos 400 g diarios de este grupo. Adicionalmente, las recomendaciones de OMS indican que la ingesta de azúcar debería ser inferior al 10%, e incluso menor al 5% de las calorías consumidas por día; por lo que la disponibilidad de azúcar todavía requiere ser disminuida (101).

Otro determinante alimentario importante es la prevalencia de lactancia materna exclusiva, el 43,8% de los niños lactan de manera exclusiva hasta antes de los 6 meses (102). Sin embargo, un dato más reciente de la Encuesta de Condiciones de Vida 2014 reporta un leve incremento de la prevalencia a 46,4%. Entre los niños que reciben exclusivamente leche materna, el 52,4% se encuentran dentro del primer mes de vida, el 48% entre los 2 y 3 meses de edad y el 34,7% entre los 4 y 5 meses de edad (103). El 77% de las madres indígenas practican la lactancia exclusiva hasta antes de los 6 meses; en el caso de las madres afroecuatorianas y las autodenominadas montuvias, presentan prevalencias más bajas, de 38,6% y 23%, respectivamente.

En relación con la práctica de la lactancia materna exclusiva con el nivel de instrucción de la madre, a medida que incrementa el nivel de instrucción de las madres, la proporción de aquellas que amamantan a sus hijos disminuye.

El 71,5% de los niños entre 5 y 6 meses de edad ya consumen líquidos diferentes a la leche materna, práctica que se encuentra fuera de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, generando riesgos innecesarios para los niños, ya sea que se enfermen por contaminación de alimentos o utensilios insalubres que son utilizados para preparar los alimentos, y lo más importante, por suspensión parcial o total de la lactancia materna; dando lugar a la introducción de sucedáneos de leche materna o ingesta de agua poco segura.

Respecto a la diversidad alimentaria mínima, se evidencia que más de la mitad de los niños amamantados de 6 a 11 meses de edad suelen consumir alimentos de al menos cuatro grupos alimentarios; esta proporción se incrementa en los niños de 12 a 17 meses, y, aún más, en los niños de 18 a 23 meses. En el caso de los niños no amantados de 6 a 23 meses, consumen al menos un producto cárnico y uno de frutas y verduras al día; dichas proporciones van del 52% al 89%.

Bajo este contexto, se estima que el 65,2% de los niños de 6 a 23 meses consumen alimentos ricos o fortificados con hierro, siendo el quintil más pobre el que tiene el menor consumo (59,4%) (103).

2.2. Salud adolescente

La situación nacional respecto a la salud adolescente evidencia una brecha de inequidad que conjuga varias aristas: altas tasas de embarazo en adolescentes que afronta el país, dos de cada tres adolescentes entre 15 y 19 años sin educación, son madres o están embarazadas por primera vez. La probabilidad de ser madre en esta etapa aumenta entre las mujeres pertenecientes a los grupos de mayor pobreza y sin protección. Los datos a continuación nos demuestran la necesidad de una intervención intersectorial, intra e interinstitucional.

En otro orden de ideas, tomando en cuenta el perfil epidemiológico más reciente (2017), se destacan las causas de muerte declaradas por el órgano rector en la materia de registros vitales que orientan también la acción profesional de Enfermería (104):

1. Los nacidos vivos captados en el registro presentan una disminución en los últimos cinco años hasta 2016; sin embargo, en 2017 se evidencia un incremento de este hecho vital, alcanzando un total de 288.123 nacidos vivos. Si bien, la tasa de nacimientos no es alta, su incremento puede indicar la necesidad de optimizar las estrategias en planificación familiar.

2. La tasa de natalidad es de 17,2 nacidos vivos por cada mil habitantes, esta cifra representa un franco descenso en las dos últimas décadas, pero un leve retroceso con el año anterior. La tasa específica de nacidos vivos de madres adolescentes de 10 a 14 años corresponde a 2,8 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres en ese rango de edad, por su parte la tasa específica de nacidos vivos de madres adolescentes de 15 a 19 años es de 70,1 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres en ese rango de edad, sin mayor variación en el tiempo.
3. El porcentaje de nacidos vivos por asistencia en el parto es de 96,4%, lo que constituye un récord, los establecimientos de salud del sector público atendieron el 72,3% del total de partos. Es importante destacar que los estándares del país relacionado a las cesáreas en cuanto a los señalados por la OMS (105–107) (alrededor del 10%) casi cuadruplican la tendencia en las instituciones públicas (35,8%), en el sector privado es casi ocho veces más de lo recomendado (79,1%). Asimismo, 61,5% sobre el total de nacidos vivos, ocurrieron en establecimientos pertenecientes al Ministerio de Salud Pública. El 19,6% de ellos fue en madres adolescentes. En todos los subgrupos de adolescentes, la provincia de Cañar, las tasas de nacimientos de adolescentes son consideradas altas, respecto al resto del país.
4. En cuanto a la mortalidad, la tasa general registra un descenso sostenido, la razón de muerte materna de 42,8 por cada 100.000 nacidos vivos, mientras que la tasa de mortalidad infantil del 9,7 (menores de un año) por cada 1.000 nacidos vivos, una tasa de mortalidad neonatal del 5,6 (menores de un mes) por cada 1.000 nacidos vivos. Por su parte, la tasa de mortalidad en menores de 5 años de 11,9 por cada 1.000 nacidos vivos. Las tres se incrementaron levemente respecto al año anterior.
5. Las enfermedades isquémicas del corazón representan la primera causa de muerte, seguido de la 2. Diabetes Mellitus, 3. las enfermedades cerebrovasculares, 4. Influenza y neumonía, 5. las enfermedades hipertensivas y 6. los accidentes de tránsito terrestre. Las diferencias por género se manifiesta en que los accidentes de tránsito terrestre no representan una causa importante de muerte en las mujeres.
6. En las defunciones en menores de un año, ciertas afecciones originadas en el periodo prenatal representan el 50% de las diez primeras causas, y el 25% las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. Respecto a las defunciones fetales, el 50% ocurrieron por hipoxia intrauterina, no especificada. De ellas, 17% ocurrieron en adolescentes y dos terceras partes entre edades maternas de 20 y 34 años.
7. Los nacimientos a término, son los nacimientos que ocurren de la semana 37 a la 41. En la región sierra ocurrieron 11.969 nacidos vivos con

bajo peso al nacer, que representa 9.8% del total de nacidos vivos de esa región, seguida de la región costa que registra a 12.367 nacidos vivos con bajo peso al nacer con un porcentaje de 8,5%, y en la región amazónica le corresponde 1.174 nacidos vivos de bajo peso al nacer con el 5,9%.

2.3. Embarazo adolescente

El grupo de edad de 15 a 17 años registra una tasa específica de embarazo adolescente ocho veces mayor que la del grupo etario anterior y en las mismas provincias. Así, en Morona Santiago y Orellana llega a casi 90 por mil adolescentes, en la primera provincia, y a 93 en la segunda. En Pastaza a 81, igual que en Sucumbíos, donde es de 82. Napo, con 78 y Zamora Chinchipe, con 71 por mil adolescentes, son las provincias con menor tasa dentro de las provincias amazónicas y del grupo de edad de 15 a 17 años (91).

Acerca del tema, el análisis del problema realizado por el Estado ecuatoriano revela que las metas en salud materna, especialmente en lo concerniente a la mortalidad y el embarazo adolescente, no han sido alcanzadas. En este sentido, los componentes y estrategias multidisciplinarias e intersectoriales que se definen para abordar la problemática en este perfil permiten aportar en el alcance de varias metas dirigidas a la disminución de las brechas en salud, en tal sentido, se prevé que tribute en la meta: disminuir la tasa de nacimientos en niñas y mujeres adolescentes entre 10 a 14 años (108).

En Ecuador, la estadística varía entre siete y ocho niñas menores de 14 años que son forzadas y que dan a luz en todas las maternidades del país cada día. El último dato del que se tiene este tipo de información en Ecuador es del 2016. Con esa estadística, Margarita Velasco, representante del Observatorio Social del Ecuador, detalló que 2.115 niñas de entre 10 y 14 años y 23.809 adolescentes de entre 15 y 17 años dieron a luz en el país (109).

En el caso más específico de la niñez y de la adolescencia ecuatorianas, un estudio nacional (91), con base a los Objetivos de Desarrollo Sustentable(ODS) (6,43,110), definidos por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y reforzados por las conferencias de promoción de salud de la OMS, revela que(111):

A pesar de los esfuerzos realizados por el estado ecuatoriano, aún persisten desafíos para alcanzar los ODS, según la agenda 2015-2030 de la ONU. En este orden de ideas, entre las metas que demandan desplegar esfuerzos importantes para su cumplimiento se encuentran (112):

En el ODS 1. Eliminar la pobreza: 1.3. Implementar a nivel nacional sistemas y medidas apropiados de protección social para todos, incluidos niveles mínimos y, de aquí a 2030, lograr una amplia cobertura de las personas pobres y vulnerables.

En el ODS 2. Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición: 2.1. Eliminar la desnutrición crónica; 2.2. Eliminar el sobrepeso y la obesidad.

En el ODS 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades: 3.4. Reducir a un tercio la mortalidad adolescente por suicidio, 3.5. Eliminar el uso de estupefacientes y sustancias adictivas; 3.7.2. Acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva para reducir la tasa de natalidad en adolescentes; 3.8.1. Cobertura universal de vacunas.

En el ODS 5. Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas: 5.2. Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación; 5.3. Eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado.

En el ODS 6. Garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos, metas específicas en niñez y adolescencia y línea de base de Ecuador: 6.1. De aquí a 2030, lograr el acceso universal y equitativo al agua potable a un precio asequible para todos.

El cuidado de quienes tienen menos de cinco años es responsabilidad mayoritariamente de las madres y se caracteriza por altos niveles de dedicación y esfuerzo. El diálogo se ubica como la mejor estrategia de crianza y de resolución de conflictos en temas de niñez y adolescencia. Las políticas estatales en salud y educación han contribuido al incremento de su calidad de vida y, además, muy probablemente los niños y niñas superarán los niveles educativos de sus padres. No obstante, los índices de violencia social son altos y asuntos como la inequidad y la pobreza no están del todo resueltos.

Desde el punto de vista del tipo de familia, los hogares nucleares donde viven padre, madre e hijos se han incrementado en los últimos 15 años. Así, de constituir el 54%, del total en el año 2000, hoy alcanzan el 60%. El número de hogares monoparentales con un solo jefe de familia, padre o madre, subieron en mayor proporción: del 8% en el año 2000 al 12% en el 2015. Así las cosas, es

coherente que los hogares extendidos con núcleo descendan del 23% en el año 2000, al 17% en el 2015. En casi ocho de cada diez hogares, el jefe de hogar es un hombre; y, en dos de cada diez, es una mujer.

Uno de cada tres niños, niñas y adolescentes, viven en hogares sin padre (29%). Esta cifra supera a los que viven sin madre (6%). En el caso de las madres, 35% de ellas están separadas del padre de sus hijos. El 12% de los niños y niñas nunca conocieron o vivieron con su madre, mientras que el 22% no viven con su progenitora porque ella ha migrado fuera del país o al interior de él.

Respecto al acceso a la educación de los jefes y las jefas de hogar por etnia, hay que destacar las marcadas desigualdades entre los diferentes grupos que habitan el país. Por ejemplo, los y las jefes de hogares indígenas tienen los niveles de instrucción más bajos: el 11% no tiene ningún nivel educativo y el 2% asistió a un centro de alfabetización, mientras que el 47% tiene estudios primarios y la cuarta parte, 25%, estudios secundarios. Solo el 9% ha accedido a la universidad y el 1% a posgrados (112).

No se puede dejar de lado la situación de riesgo de eventos naturales y su vulnerabilidad: de 180 países, la nación se encuentra en el puesto 60 debido a que se considera un índice de riesgo alto así como su nivel de exposición a desastres y valores medios de vulnerabilidad, susceptibilidad, falta de capacidad para afrontar un evento natural adverso y capacidades de adaptación post-evento (113,114).

Ecuador se sitúa en una de las zonas de más alta complejidad tectónica, donde las placas de Nazca y Sudamérica se encuentran generando una alta actividad sísmica. Dicha actividad tectónica se evidencia no solo en la actividad sísmica sino también en la activación de varios de sus volcanes, a lo que se suma la posibilidad de experimentar otro tipo de fenómenos como los tsunamis. Adicionalmente, se encuentra en la Zona de Convergencia Intertropical que produce amenazas de origen hidrometeorológicas (inundaciones, sequías, tormentas, heladas, efectos del fenómeno de El Niño, entre otros) y, por sus condiciones geomorfológicas, soporta procesos como deslizamientos, flujos de lodos y erosión que tienen impactos negativos en la sociedad.

La acción humana sobre el entorno físico y la no consideración de las amenazas existentes producen vulnerabilidades. La vulnerabilidad se define como el grado de propensión a sufrir daño por las manifestaciones físicas de origen natural o antrópico. En ese sentido, corresponde a la predisposición o suscep-

tibilidad física, económica, política o social que tiene una comunidad de ser afectada o de sufrir efectos adversos en caso de que se manifieste un fenómeno peligroso de origen natural, socionatural o antrópico. Representa también las condiciones que imposibilitan o dificultan la recuperación autónoma posterior. Una topografía irregular, sumada a una deforestación importante, puede poner en situación de alta vulnerabilidad a las poblaciones que se asientan en terrenos de esas características. El problema presente en el Ecuador, no solo se da en las áreas rurales, sino también en las diferentes ciudades, puesto que los asentamientos urbano-marginales precisamente se ubican en sitios de alto riesgo por la deforestación, pendientes e inestabilidad de los suelos, precariedad de las construcciones e inexistencia de servicios básicos.

El taponamiento de las quebradas a consecuencia de la mala disposición de desechos sólidos, y la construcción de viviendas en laderas genera mayor vulnerabilidad a los eventos climáticos en el área urbana. Esto muestra que la construcción de vulnerabilidades es un proceso social y, por ende, es otro proceso social que debe reducirlas. Desde el punto de vista cantonal y provincial, Cañar es considerado de muy bajo riesgo para los desastres naturales (115). En el marco de la emergencia sanitaria, estudios en el país demostraron la vulnerabilidad del sistema de salud para contener, mitigar, tratar y diagnosticar adecuadamente el brote por covid-19, un alto número de infecciones entre el personal médico y la pobreza como factor importante en el resultado final de esta enfermedad (116).

Con relación a la mortalidad materna, el año 2020 modificó su tendencia del último quinquenio, 153 defunciones que representa 15,7% más que el promedio del quinquenio anterior, 34% se debió a causas indirecta o no obstétrica, en la que el covid-19 produjo 15,7% de las defunciones, un tercio de las muertes fue por trastorno hipertensivo, entre las cuales está la preeclampsia severa (18,3%), que es la principal causa de muerte, seguidamente está la hemorragia postparto (9,8%). En cuanto al periodo de la muerte, 78,1% se produjeron durante el puerperio, de las cuales 37,2% sucedieron en el inmediato y 21,9% en el mediato. Respecto a la edad, 26,80% pertenecen al grupo comprendido entre 30 a 34 años, seguido del grupo de 25 a 29 años (20,91%) (117).

A continuación, se aborda el tema de la adolescencia y con especial énfasis la problemática del embarazo, como un problema subyacente pero no menos importante. En ese sentido, el Código de la Niñez y la Adolescencia, en sus artículos 23 y 25, sobre protección prenatal, describen lo siguiente: “Se sustituirá la aplicación de penas y medidas privativas de libertad a la mujer embarazada hasta noventa días después del parto, debiendo el Juez disponer las medidas cautelares que sean del caso” (118).

El poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes crearán las condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y el parto, a favor de la madre y del niño o niña, especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños o niñas con peso inferior a dos mil quinientos gramos (104).

Como se puede observar, requiere de una reforma constitucional y procesal penal para eliminar la discrecionalidad entregada a los jueces que les permite sustituir la prisión preventiva a las mujeres embarazadas; asimismo, existe la posibilidad de que los jueces, con base en las pruebas que se presenten y sin necesidad de audiencia, se pronuncien sobre la procedencia o no de la petición de sustitución o revisión de las medidas cautelares.

Finalmente, la normativa contempla en el ámbito educativo que las adolescentes en etapa de gestación sean concebidas como individuos vulnerables, razón por la que demandan una atención especial, siendo obligación del personal docente ejercer acciones que les permitan ser promovidas de año.

En la evolución del marco jurídico nacional, el debate es muy diverso sobre el tema: uno de los cambios que se introduce en el artículo 83 de la normativa indica que no podrán contraer matrimonio las personas menores de 18 años (con el consentimiento de los representantes legales). La Ley anterior tiene un referente para establecer la edad mínima del matrimonio: 12 años para las mujeres y 14 para los hombres (119). Esta modificación tiene amplias repercusiones para la protección en el ámbito de embarazo adolescente (120).

También, persiste como el debate científico y jurídico sobre criterio objetivo (edad) o subjetivo (madurez) de la adolescencia y su autonomía, tomando en cuenta la edad, se concluye que los derechos de libertad sexual en los adolescentes se ejercitan con una frecuencia preocupante y que sus decisiones al respecto no son del todo responsables. El antecedente en materia jurídica más reciente establece que (121) considerar a los adolescentes como sujetos de derechos priva sobre la autoridad tuitiva de los padres, madres o de cualquier persona encargada cesa cuando se vulnera su derecho a la información y a la salud sexual y reproductiva (122).

El tema bajo estudio tiene connotaciones distintas de país a país, Ecuador es el tercer país con la tasa más alta de la Latinoamérica. En este país se han ejecutado algunas estrategias para la prevención de embarazos adolescentes a lo largo de los años; sin embargo, existen dificultades comunicacionales, culturales

y hasta geográficas para instrumentar programas que se enfoquen en intervenir de acuerdo a grupos étnicos como son las comunidades indígenas (123).

Desde una mirada del subcontinente, el análisis de las legislaciones nacionales en América Latina sobre el tema del acceso de los y las adolescentes a los servicios de salud sin el consentimiento de los padres incluye Ecuador, junto con Argentina, Costa Rica, Uruguay y Venezuela (120).

En ese mismo orden de ideas, aproximadamente el 80% de los embarazos concebidos durante la adolescencia son involuntarios. Los factores asociados con el embarazo adolescente incluyen residencia rural, alguna vez casados, no asistir a la escuela, no recibir educación materna, no recibir educación del padre y la falta de comunicación entre padres y adolescentes sobre temas de salud sexual y reproductiva (SSR) (124).

En otros estudios antecedentes, el uso de anticonceptivos entre las mujeres adolescentes se asoció con la promiscuidad, además se encontró que las actitudes estigmatizantes hacia las mujeres jóvenes que necesitan aborto y anticoncepción son comunes entre los proveedores de servicios de salud reproductiva (125).

Una mirada global del problema revela que aproximadamente 12 millones de mujeres de 15 a 19 años y al menos 777.000 menores de 15 años dan a luz cada año en las regiones en desarrollo (126,127). Además, al menos 10 millones de embarazos no deseados ocurren cada año entre las adolescentes de 15 a 19 años en el mundo en desarrollo, en el que se incluye Ecuador. Asimismo, las complicaciones durante el embarazo y el parto son la principal causa de muerte en niñas de 15 a 19 años de edad a nivel mundial (126).

Por otro lado, de los 5,6 millones de abortos estimados que ocurren cada año entre las adolescentes de 15 a 19 años, 3,9 millones son inseguros, lo que contribuye a la mortalidad materna, la morbilidad y los problemas de salud duraderos (128).

América Latina y el Caribe se ubican en segundo lugar en el mundo con la más alta prevalencia de embarazos adolescentes, estimando unos 66 nacimientos por cada mil habitantes de entre 14 a 18 años de edad, mientras que la tasa mundial de embarazo adolescente se estima en 46 nacimientos por cada 1.000 niñas (129).

De acuerdo con la Declaración Universal de Derechos Humanos, todo individuo tiene derecho a la vida; específicamente en el caso de la maternidad y la infancia, tienen derecho a cuidados y asistencia especiales (130).

La población de adolescentes embarazadas dispone de una situación social y jurídica privativa, en que se reconoce una serie de derechos y obligaciones orientadas a garantizar el bienestar y el desarrollo óptimo de su proceso de gestación. Sin embargo, a pesar de las políticas y acciones promovidas continuamente por el Estado ecuatoriano, consistentes en socializar dicho panorama jurídico a las mujeres adolescentes en proceso de embarazo, aún hay contextos en que su desconocimiento es notable, lo cual puede ser concebido como un factor de riesgo que interfiere en la vulneración de tales derechos.

Como sujetos de derecho, el marco legal del país consagrado en el Plan Nacional de Desarrollo (2017 – 2021) les garantiza a las adolescentes embarazadas como a todo ciudadano la dignidad humana, la igualdad, la libertad y la solidaridad, que se plasman en derechos humanos universales vinculantes y exigibles que son indivisibles, inalienables e interdependientes; abarcan distintas dimensiones de la vida humana, como agua, salud y alimentación; hábitat, vivienda y ambiente sano; trabajo y seguridad social; educación, comunicación y cultura (131).

Como se ha venido insistiendo, corresponde entonces al Estado garantizar el derecho a una vida libre de violencia sexual y embarazos en niñas y adolescentes. Es la prioridad del Estado educar para la toma de decisiones autónomas e informadas por parte de la población estudiantil, respecto a su sexualidad, salud sexual, reproducción, así como para la construcción de sus proyectos de vida (132).

Por otro lado, es necesario partir de las situaciones de vulneración de derechos que el estado ecuatoriano ha aceptado, es así que las metas en salud materna, especialmente en lo concerniente a la mortalidad materna y el embarazo adolescente, aún no han sido alcanzadas. De acuerdo con el estudio sobre los costos de omisión de no invertir en acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, en ese sentido, el número de adolescentes que abandonaron los estudios por embarazo es alto y conlleva situaciones de vulneración de derechos que afectan su proyecto de vida. La propuesta que se ha establecido en el periodo 2017- 2021 es disminuir del 76,5% al 63,5% la tasa específica de nacidos vivos en mujeres adolescentes entre 15 a 19 años de edad a 2021 (131).

2.4. Políticas públicas en promoción de salud en los adolescentes

Históricamente, la salud sexual y reproductiva adolescente se ha plasmado en algunos instrumentos de planificación del Estado; se pueden mencionar los siguientes:

En lo concerniente a la salud se establece, como vía para la promoción la acción coordinada con los gobiernos seccionales autónomos impulsarán acciones de promoción de la salud en el ámbito de su territorio, orientadas a la creación de espacios saludables, tales como escuelas, comunidades, municipios y entornos saludables (133).

El Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia: cuyo norte es el fortalecimiento del rol protagónico de la familia y establece objetivos respecto al embarazo adolescente (134).

La Estrategia Intersectorial de Prevención del Embarazo Adolescente y Planificación Familiar (ENIPLA): trabaja con los adolescentes con nivel socioeconómico bajo, que no tienen educación formal o tienen educación hasta primaria completa, con bajos conocimientos acerca de las relaciones sexuales y que no utilizan métodos anticonceptivos. La vulnerabilidad que vive la madre adolescente se traslada generacionalmente, afectando negativamente el capital humano alcanzado por los hijos de madres adolescentes. La estrategia se fundamenta en la educación sobre derechos sexuales y reproductivos de la adolescencia, especialmente la escolarizada (135).

Una actualización de la ENIPLA enfatiza que el embarazo en niñas y adolescentes constituye un problema social y de salud pública, que evidencia la desigualdad, la injusticia social y una clara violación de los derechos humanos, con un impacto social, económico y cultural invaluable (136).

En el marco del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS): El Ministerio de Salud Pública (MSP) garantiza el derecho a la atención integral en salud sexual y salud reproductiva, teniendo como referente los derechos sexuales y derechos reproductivos de todas las personas; con énfasis en los grupos de atención prioritaria, como se comentó, se incluyen las adolescentes y embarazadas (69).

Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva: en él se identifica que el grupo de menores de 20 años acumula el 14% de las muertes ocurridas en este periodo, sin embargo, cuando se desagregan las edades, el 13,6% corresponden a las muertes maternas que se encuentran en el grupo etario de 15-19 años. Por otro lado, establece, en su objetivo estratégico 8, fortalecer la oferta de servicios de salud amigables y de calidad para adolescentes en el sistema nacional de salud (95).

A pesar de estas iniciativas, el 56,3% de mujeres de 12 a 24 años no utilizó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual. El 46,2% de

hombres de 12 a 24 años no utilizó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual (137).

Otro instrumento que intenta afrontar la situación social relativa a las circunstancias en las que se da el embarazo adolescente es la Ley Orgánica para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, que exhorta a las instituciones de la Función Judicial a fortalecer los servicios de atención para mujeres víctimas de violencia mediante la formación y capacitación permanente de su personal, y el aumento de unidades de atención especializadas en violencia de género (138).

En términos operativos, la iniciativa más reciente para de la cobertura de los servicios de salud, es la Estrategia de Abordaje Médico del Barrio y su Equipo Integral de Salud. Entre los grupos vulnerables están las embarazadas de alto riesgo, como lo son las adolescentes. Sus propósitos son: garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud a la población, con énfasis en los grupos prioritarios y vulnerables, acercando el servicio a la comunidad; reorganizar el uso de los recursos disponibles en los distintos niveles de atención de los servicios de salud; asegurar la participación comunitaria efectiva en las acciones cotidianas de los servicios de salud, y permitir un manejo dinámico de la información de salud que viabilice la adecuada toma de decisiones a los distintos niveles del MSP (139).

Por otra parte, desde el Ministerio de Educación se genera otra iniciativa normativa denominada Protocolos de actuación frente a situaciones de embarazo, maternidad y paternidad de estudiantes en el sistema educativo, como parte del diagnóstico país sobre el embarazo, parto y puerperio, indica que representan la mitad de las causas de hospitalización entre las adolescentes de 10 a 17 años (50%) (140).

Como puede apreciarse, existe un amplio espectro legal alrededor de la situación del embarazo adolescente, que está muy claro en su espíritu en el respeto a los derechos de este grupo de la población. Tratados y organismos supranacionales le dan un soporte sólido hacia el establecimiento de normas y políticas de salud.

En el plano nacional, a partir de la Carta Magna, se deriva una serie de leyes de orden menor, reglamentos y planes que configuran una base robusta de actuación para la protección de sus derechos. Sin embargo, existen posicionamientos contrarios al avance en materia de derechos de los adolescentes, en el sentido que no se ha logrado reducir las situaciones de amenaza o vulneración

de derechos; más bien, los niños, niñas y adolescentes sean invisibilizados y atendidos inadecuadamente, en una interpretación sesgada del enfoque intergeneracional (141). En cuanto al marco jurídico y sanitario del Ecuador, el grupo de los adolescentes, es considerado vulnerable y de atención prioritaria (29,131).

Uno de los indicadores que se utiliza de manera indirecta para comprobar la falta de acceso a servicios de salud o a la educación sexual ofrecida en los centros educativos o en la familia, es observando las tasas de parto adolescente en la que se destaca que para el grupo de edad de 15 a 17 años es de 51 por 1.000 adolescentes en el 2016 y de 3 por 1.000 adolescentes para las niñas de 10 a 14. En el 2016, 2.115 niñas de 10 a 14 años dieron a luz, algunas eventualmente en circunstancias de violaciones o emparejamientos forzados. Por otro lado, 23.809 adolescentes de 15 a 17 años fueron madres en ese mismo año. El fenómeno es marcadamente distinto por provincia, siguiendo en orden decreciente las cuatro primeras Morona Santiago, Orellana, Pastaza y Sucumbíos (91).

2.5. Salud Adolescente

Particularmente, la situación nacional respecto a la salud adolescente evidencia una brecha de inequidad que conjuga varias aristas: elevadas tasas de embarazo en adolescentes, 2 de cada 3 de las jóvenes entre 15 y 19 años que no tienen educación, o están embarazadas o por lo menos son primigestas. La probabilidad de ser madres durante la adolescencia aumenta entre las jóvenes que pertenecen al grupo de mayor pobreza y desprotegida. Los datos que se muestran a continuación resaltan la imperiosa necesidad de una intervención interinstitucional e intersectorial (142,143).

A manera de síntesis, las causas más relevantes del embarazo adolescente son en América Latina: el acceso deficiente y el uso inadecuado de anticonceptivos como resultado de leyes y políticas restrictivas, programas débiles, normas sociales y culturales, educación e ingresos limitados, violencia y abuso sexual y relaciones de género desiguales se identificaron como factores clave que contribuyen al embarazo adolescente, especialmente en las poblaciones indígenas y rurales (144). La situación se agrava, pues entre el 11 y el 20 % de los embarazos en niñas y adolescentes son resultado de violencia sexual (145). Por otro lado, el 16 % de las muertes maternas corresponde a adolescentes (146).

Al observar la obligación del Estado de educar a la población en la prevención y promoción de la salud, se aprecia que uno de los problemas más graves tiene que ver con el embarazo adolescente. Las fallas en su prevención pueden

traer incluso consecuencias mortales no solo porque las mujeres jóvenes son uno de los grupos de riesgo en la mortalidad materna.

Parte de la explicación multifactorial la encontramos en los aspectos biológicos de la edad, la adolescencia se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios; es el comienzo de la pubertad que marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.

Desde el punto de vista de la evidencia científica, está claro que una región específica del cerebro llamada amígdala es responsable de reacciones inmediatas que incluyen el miedo y el comportamiento agresivo. Esta región se desarrolla temprano. Sin embargo, la corteza frontal, el área del cerebro que controla el razonamiento y ayuda a pensar antes de actuar, se desarrolla más tarde. Esta parte del cerebro todavía está cambiando y madurando hasta la edad adulta.

Otros cambios en el cerebro durante la adolescencia incluyen un rápido aumento en las conexiones entre las células cerebrales y hacer que las vías cerebrales sean más efectivas. Las células nerviosas desarrollan mielina, una capa aislante que ayuda a las células a comunicarse. Todos estos cambios son esenciales para el desarrollo del pensamiento, la acción y el comportamiento coordinados (147).

El cambio en su cerebro, significa que los adolescentes actúan de manera diferente a los adultos. Las imágenes del cerebro en acción muestran que el cerebro de los adolescentes funciona de manera diferente al de los adultos cuando toman decisiones o resuelven problemas. Sus acciones están guiadas más por la amígdala emocional y reactiva y menos por la corteza frontal lógica y reflexiva (148).

Según la etapa de su desarrollo cerebral, es más probable que los adolescentes: actúen por impulso, que interpreten mal las señales sociales y las emociones, mayor riesgo de tener accidentes de todo tipo, se involucren en peleas, participen en comportamientos peligrosos o riesgosos. En contraposición, tienen menos probabilidades de pensar antes de actuar, hacer una pausa para considerar las consecuencias de sus acciones, cambiar sus comportamientos peligrosos o inapropiados (149).

Estas diferencias cerebrales no significan que los jóvenes no puedan tomar buenas decisiones o distinguir entre el bien y el mal. Tampoco significa que no deban ser responsables de sus acciones. Sin embargo, el conocimiento de estas di-

ferencias puede ayudar desde el punto de jurídico y de salud a formular políticas para comprender, anticipar y manejar el comportamiento de los adolescentes.

Las leyes nacionales y locales deben promover y apoyar también los derechos de los adolescentes, y los jóvenes deben participar en el desarrollo y vigilancia de esas políticas. Acerca del tema, existe consenso que el sistema garantista con el que se cuenta en el Ecuador en la actualidad establece conexión entre toda la normativa vigente y la Constitución (150). Sin embargo, puede haber falencias en su aplicación, dado que los derechos fundamentales consagrados en la Constitución deben estar en conexión con todos los poderes públicos (151).

Ahora bien, desde los puntos de vista sanitario y legal, el embarazo adolescente representa un problema, dadas las circunstancias que se encuentran a su alrededor.

El embarazo adolescente, típicamente definido como un embarazo en una mujer entre las edades de 13 y 19, ocurre en aproximadamente el 25% de las mujeres en todo el mundo (152). Adicionalmente, las madres adolescentes tienen un alto riesgo de repetición rápida del embarazo uno o dos años luego de su primer parto (153).

En el país, la estadística presenta una variación de 7 y 8 niñas menores de 14 años que son forzadas y que dan a luz en la mayoría de las maternidades de todo el país, todos los días.

Al respecto, un estudio con población de la provincia de Cañar determinó que los factores que predisponen el embarazo en las jóvenes en edad adolescente se encuentran: la adolescencia tardía como etapa, el bajo nivel académico, la autoidentificación étnica mestiza, la unión libre, la condición socioeconómica media baja y baja, ser ama de casa, vivir distante al centro de salud, migración de uno de los padres, consumo de sustancias psicoactivas, deserción escolar, antecedente de embarazos previos y presentar disfunción familiar (97).

Más allá de que el embarazo adolescente y no planificado afecta a mujeres y hombres, son las del primer grupo las que cargan el mayor estigma social asociado a la gestación y la crianza. Al respecto, se debe mencionar que las adolescentes embarazadas tienen menos oportunidades de acceder a estudios de tercer nivel, una mayor probabilidad de sufrir violencia de género y generalmente mantienen empleos mal remunerados, perpetuando círculos de violencia y pobreza (132).

Así lo corrobora, además, los resultados de un estudio realizado en Cuenca, en que se destaca que las opiniones generales sobre la asertividad sexual en las mujeres adultas emergentes se pueden agrupar en cinco categorías:

1. Esquemas de roles de género.
2. Preocupaciones sobre los pensamientos y reacciones de la pareja.
3. Actitudes de género hacia el uso de métodos anticonceptivos específicos.
4. Hablar de historias sexuales como una tarea desafiante y
5. Replicación de patrones familiares (154).

La gestación, la maternidad y la paternidad son opciones válidas para todas las personas; sin embargo, es necesario tener en cuenta que el embarazo puede cambiar drásticamente el proyecto de vida de las y los adolescentes; por lo tanto, debe ser una decisión tomada con información suficiente, libertad y en ambientes ausentes de todo tipo de violencia. El embarazo en adolescentes es un fenómeno que deriva de factores sociales, familiares, escolares y personales que potencian la prevalencia de este fenómeno:

Tabla 1. Factores que inciden en el embarazo adolescente en el Ecuador

Individuales	Familiares	Escolares	Sociales
Valores	Poco diálogo familiar	Falta de acceso a información	Falta de oportunidades
Creencias	Violencia intrafamiliar	Actitudes negativas	Barreras legales
Desconocimiento de derechos	Violencia de género	Búsqueda de reconocimiento	Violencia sexual
Bajo nivel educativo	Migración	Desigualdad de género	Estereotipos

Fuente. Ministerio de Educación del Ecuador. Guía metodológica de prevención del embarazo en niñas y adolescentes (132)

2.6. Consideraciones finales

La situación descrita y su solución implica desafíos importantes en el ámbito de la educación de las mujeres durante todo su ciclo de vida es la erradicación del analfabetismo. Para mejorar entonces la atención del problema planteado es urgente la consolidación y la articulación de los servicios y de productos para mejorar la calidad de vida de este grupo (93).

A manera de interpretación, es importante destacar los esfuerzos desplegados, tanto en materia de jurisprudencia y sanitaria, los que configuran un número suficiente de instrumentos que permiten abordar el problema para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento oportuno y la rehabilitación física y social de las consecuencias.

A pesar de estos avances sustanciales, se observan falencias en la transición o para operativizar lo escrito en intervenciones orgánicas, coordinadas, inter y multisectoriales, así como con plena participación de la comunidad; este último elemento se encuentra ausente de la discusión, si bien se establece en los documentos, no se aprecia en la realidad.

En cuanto al conocimiento sobre salud sexual y reproductiva, casi la totalidad de los y las jóvenes (97%), en edades comprendidas de 12 a 17 años que viven en los hogares donde se aplicó la encuesta, refieren saber que la transmisión del VIH se puede dar si se mantienen relaciones sexuales sin preservativo, entre otras formas. Este porcentaje no ha variado desde los últimos cinco años, tampoco existen diferencias sobre este particular entre mujeres y hombres. El 93% reconoce que otra de las vías de infección del VIH es el uso de jeringuillas o transfusiones sanguíneas, y el 71% reconoce la transmisión materno fetal del HIV, o de madres a hijos/as.

Este porcentaje es un poco más bajo que el encontrado en la encuesta del 2010 (77%). En el caso de los hombres, la cifra desciende al 68%. El 60% de los adolescentes hombres y el 70% de las adolescentes mujeres tienen conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual. El 70% de los adolescentes entre 12 y 17 años de edad conocen dónde pueden conseguir los anticonceptivos. El 68% de las mujeres conocen sobre estas enfermedades y viven en el área urbana. Sobre el mismo particular, el 65% son hombres y habitan en el área rural. En la Costa, la Sierra y en la Amazonía, las cifras son similares entre sí: llegan al 66%, 65% y 63%, respectivamente.

El 58% de los adolescentes de ambos sexos consideran que el VIH puede transmitirse a través del uso común de los baños, así como el 37% considera que el HIV se puede contagiar por medio de los besos. El conocimiento, en relación con la transmisión del HIV de madres a hijos/as ha disminuido del 76% al 68% en el caso de los adolescentes hombres. 7 de cada diez adolescentes entre 12 y 17 años saben dónde conseguir anticonceptivos. Siete de cada 10 son mujeres frente al 6,5 de cada 10 que son hombres. El 70% de los y las adolescentes habitan en el área urbana, en menor proporción, el 61% de los y las adolescentes habitan en el área rural (112).

El grupo etario de 15 a 17 años (91), presenta una tasa específica de embarazo 8 veces superior que la del grupo etario anterior. Específicamente, en Morona Santiago llega a casi 90 por mil adolescentes y en Orellana a 93, mientras que en Sucumbíos es de 82 y en Pastaza de 81, asimismo en Napo, la tasa de embarazo es de 78 y, en Zamora Chinchipe con 71 por mil adolescentes.

Acerca del tema, el análisis del problema realizado por el mismo Estado ecuatoriano revela que las metas en salud materna, especialmente en lo concerniente a la mortalidad y el embarazo adolescente, no han sido alcanzadas. En este sentido, los componentes y estrategias multidisciplinarias e intersectoriales que se definen para abordar la problemática en este perfil permiten aportar en el alcance de varias metas dirigidas a la disminución de las brechas en salud, en tal sentido, se prevé que tribute en la meta: disminuir la tasa de nacimientos en niñas y mujeres adolescentes entre 10 a 14 años (131).

Existe discrepancia en los enfoques legal y sanitario, en cuanto que un embarazo antes de los 14 años es visto como uno no deseado desde el punto de vista clínico; sin embargo, para la ley es una violación. Este cisma puede generar una victimización debido a la falta de conocimiento sobre el estatus jurídico de un caso como ese.

Como puede apreciarse a lo largo de este documento, existe un sólido marco legal alrededor del embarazo adolescente; no obstante, el mismo es producto de un entramado social complejo que deriva de problemas familiares como la violencia sexual, la tolerancia a la dominación masculina, el temor a la denuncia, la discriminación de género, los estereotipos de la crianza, entre otros como la cosmovisión indígena y la falta de oportunidades para acceder a los servicios de soporte jurídico y de salud. Se suma a esta situación de vulnerabilidad que, en el sistema educativo, la deserción escolar aunada al trabajo infantil y juvenil afecta a un volumen importante del 37% que representa esta población.

A pesar que el Estado ecuatoriano reconoce estas realidades (112,155), se mantienen brechas entre la garantía de las leyes y demás instrumentos de protección. En la cotidianeidad se observa una profundización del problema, lo que refleja la ausencia o deficiencia en la articulación de los actores fundamentales desde todas las instancias del gobierno, incluso en el apoderamiento de la sociedad en el conocimiento y exigir que se realicen los esfuerzos suficientes y necesarios para mejorar esta situación.

En paralelo a la medicina científica, la nación tiene una tradición preincaica en la práctica de la medicina ancestral que se encuentra difundida a lo largo de la Región Andina, donde existe una serie de relaciones socioculturales y económicas, ya que, gracias a ello aún existe la medicina ancestral.

Ecuador es un país intercultural y pluricultural, de creencias en la medicina ancestral ya que esto se da de generación en generación. Se caracteriza por las plantas medicinales que utilizan para tratar las diferentes enfermedades; también son utilizadas para la rehabilitación de algunas personas (156).

Las prácticas indígenas también llamadas ancestrales o tradicionales son los procedimientos empleados a través de la historia por las comunidades locales con el fin de comprender su entorno local. Dichas prácticas están basadas en el conocimiento de las condiciones locales de múltiples generaciones, y que es transmitido a través de la tradición oral.

Estos conocimientos son culturalmente específicos, y están basados en las estrategias de vida de las comunidades locales. Los ancestros y sus herederos utilizan diferentes métodos y técnicas para el tratamiento de las enfermedades. En la actualidad, se ha respetado las creencias y tradiciones, ya que se ha combinado la medicina ancestral con la medicina occidental. Es aquí donde ingresa el agente característico y exclusivo de la medicina ancestral que es un proceso ritual. Justamente ha sido este conocimiento en el que los pueblos indígenas han ido mejorando a través de la inteligencia del ser humano a lo largo de los años.

Según la revisión sistemática de la normativa de la Constitución de la República del Ecuador en el año 2008 se aprobó el siguiente artículo: reconoce y garantizará a las comunas, comunidades, pueblos y nacionalidades indígenas, de conformidad con la Constitución y con los pactos, convenio, declaraciones y demás instrumentos internacionales de derechos humanos, los derechos de mantener, desarrollar y fortalecer libremente su identidad, sentido de perte-

nencia, tradiciones ancestrales y formas de organización social. En el mismo artículo, en el numeral 2 se establece mantener, proteger y desarrollar los conocimientos colectivos; sus ciencias, tecnológicas y saberes ancestrales; los recursos genéticos que contienen la diversidad biológica y la agro biodiversidad; sus medicinas y sus prácticas en medicina tradicional. Se prohíbe toda forma de apropiación sobre sus conocimientos, innovaciones y prácticas (70).

Sin embargo, y como ocurre en otras áreas de la cosmovisión ecuatoriana, no se ha logrado modificar la concepción biomédica sobre el parto ni sobre las parturientas, tampoco se ha conseguido alterar la relación de inequidad que atraviesa la relación con la medicina indígena. En el mismo sentido, la interculturalidad se ha entendido como el establecimiento de una mejor relación entre los y las sanadoras de la medicina tradicional y los y las profesionales biomédicos o alopáticos, tendente a superar suspicacias y a generar actitudes de confianza y respeto mutuo. El problema de estas voluntades es que se formulan en el marco de un planteamiento que no ahonda en la desigualdad y jerarquía de un sistema sobre otro, de la hegemonía política y cultural biomédica y que, por tanto, no propone medidas políticas, las únicas que podrían realmente provocar una transformación estructural (157).

A la luz del escenario planteado, se entiende que el bienestar de una adolescente embarazada y su entorno familiar próximo dependen de una serie de factores sociales, políticos y legales reconocidos en la Constitución de la República del Ecuador y otros elementos normativos para su atención. Sin embargo, el desconocimiento de la situación jurídica de los embarazos en adolescentes ha propiciado que en muchos contextos sociales se vulneren los derechos de la futura madre y de su bebé.

CAPÍTULO 3

DESAFÍOS DE LA ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA, COMUNITARIA Y FAMILIAR EN ECUADOR

3. DESAFÍOS DE LA ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA, COMUNITARIA Y FAMILIAR EN ECUADOR

Los profesionales de enfermería son un grupo de fuerza laboral esencial en todo el mundo; de hecho, estos profesionales son fundamentales para todos los sistemas de prestación de servicios de salud alrededor del mundo pues cubre 80% de las necesidades de la atención y constituye el 60% de la fuerza laboral en salud (158,159).

En el mundo hay aproximadamente 28 millones de profesionales de enfermería, 30% de los cuales, o unos 8,4 millones, trabajan en la región de las Américas. Estos profesionales representan el 56% de la fuerza laboral de salud total (constituida por dentistas, enfermeros, farmacéuticos, médicos y parteras), un porcentaje inferior al promedio mundial, estimado en 59%. Más del 80% de los profesionales de enfermería se encuentra en países cuyas poblaciones, en conjunto, representan la mitad de la población mundial. A nivel global se estima una escasez de 5,9 millones de profesionales, y se calcula que el 89% (5,3 millones) de este déficit se concentra en los países de ingresos bajos y medianos-bajos (160).

Los profesionales de esta área se encuentran en un momento histórico con remarcada importancia porque afrontan el reto de salud mundial más importante de esta generación, que es proteger, promover y defender en nombre de los pacientes y las familias bajo su cuidado de cara a la pandemia de covid-19; en ese contexto, hacen su trabajo viviendo estrés físico, sufrimiento y dilemas morales, en sus entornos de práctica diaria (161,162).

La enfermería se centra en el cuidado de la salud y de la vida, hacia esa pretensión se encaminan los esfuerzos y trabajos que se realizan para la atención de los sujetos de cuidado: la persona, la familia y la comunidad (163). Según la OMS, define la enfermería comunitaria como “un servicio que presta cuidados de promoción, prevención, mantenimiento, recuperación, rehabilitación y cuidados terminales fuera del hospital” (164).

El rol de la Enfermería de Atención Primaria y Comunitaria debe reorientarse a capacitar a las personas, familias y comunidades para cuidarse de sí mismas (priorizando la promoción de salud y la prevención de la enfermedad), transformando la dependencia en autocuidado. Esto implica cambiar el actual modelo de enfermería asistencial que ofrece, casi en exclusiva, una atención directa a los usuarios (165).

El modelo de Atención Primaria amplió las competencias de los profesionales de enfermería que pasaron de realizar casi en exclusiva funciones técnicas y burocráticas a trabajar con programas y protocolos donde han alcanzado un mayor protagonismo profesional: promoción, educación para la salud, o atención domiciliaria (165).

El profesional de enfermería debe estar en capacidad de brindar cuidados a todas las personas, independientemente de su condición; esta atención debe garantizar el bienestar y la seguridad de las personas, preservando su salud (166).

El profesional de enfermería que se desempeña en los diferentes niveles de atención de salud tiene como principal responsabilidad brindar cuidados; sin embargo, estos están estrechamente ligados a la educación para la salud, la cual favorece el desarrollo de capacidades de autocuidado en los pacientes (167). Respecto a la educación con enfoque en familia, el personal de salud es el encargado de brindar servicios que administran atención de salud a individuos que no requieren hospitalización o institucionalización, que se está constituyendo en uno de los mayores intereses en los ámbitos de la promoción y prevención de salud (168).

La educación para la salud puede ser ejecutada desde diferentes enfoques teniendo en cuenta la población a la que se dirige y las habilidades que se pretende desarrollar. En el caso del enfoque familiar, el proceso está orientado a promover diferentes conocimientos, destrezas y actitudes que ayuden a comprender, transformar y participar en el contexto en que se desenvuelvan para lograr la salud y el desarrollo humano (169).

La importancia de educar para la salud desde un enfoque familiar se sustenta en que la familia es el escenario perfecto del desarrollo, fortalecimiento y aprendizaje de distintos hábitos; estos saberes pueden ser aprendidos por los integrantes, ya sea de manera intencional o sin intención alguna, modificando su conducta a corto, mediano y largo plazo, obteniendo con ello un efecto sistémico en la salud de todos los miembros familiares (170).

Los cambios sociales que se están produciendo junto a las necesidades de cuidados a la salud demandados en la actualidad, son cada vez más complejos y están condicionando de manera directa la calidad de vida de personas, familias y la propia comunidad, por lo que se requiere de una visión holística en el rol de enfermería, que integren la prevención, la información y la educación a la población (171).

En este proceso, el estatus social de los profesionales de enfermería y su labor en tiempos de vulnerabilidad también dejan ver el compromiso ético, las capacidades de la profesión y sus potencialidades ante la emergencia sanitaria internacional (172).

Dado el impacto de la pandemia, la saturación y colapso actual de los sistemas de salud eleva las demandas de trabajo de los profesionales de enfermería por oleadas inesperadas de pacientes en todos los entornos en los que se desempeña y el equipo de protección personal inadecuado y otros recursos críticos, lo que desafía su capacidad para cumplir con sus obligaciones profesionales y éticas.

Ha sido necesario adaptar los protocolos de diagnóstico y tratamiento para los niños con cáncer durante la pandemia, las medidas tomadas para contenerlo (por ejemplo, distanciamiento social extremo) y cómo prepararse para el periodo de recuperación anticipado (173).

La pandemia también está cambiando la forma en que se brinda cuidados paliativos expertos. El aislamiento de los pacientes, la limitación de visitantes, el apoyo interdisciplinario y los cambios en la evaluación de los proveedores y de enfermería han tenido su impacto en la forma en que se proveen cuidados paliativos. Estas barreras han alterado muchos aspectos del flujo de trabajo establecido y algoritmos para la atención, incluidos los cambios en la comunicación, las discusiones sobre los objetivos de la atención, la forma en que los proveedores y los profesionales de enfermería controlan los síntomas y el control del final de la vida. Estos desafíos requerían soluciones en tiempo real, como la utilización de tecnología, proponer un cambio en los sistemas de administración hospitalaria y reducir la redundancia para preservar el equipo de protección personal.

Para continuar brindando atención de calidad a esta población de pacientes, la medicina paliativa debe adaptarse rápidamente (174). De manera sucinta, la literatura indica que los profesionales de enfermería se enfrentan a retos como: escasez de talento humano con experiencia en los hospitales y clínicas, escasez de equipo de protección personal (EPP), falta de disponibilidad de instalaciones de alojamiento y transporte, instalaciones de cuarentena inadecuadas para los trabajadores de la salud, agotamiento físico y estrés mental, falta de cobertura de seguro médico. Además, manifiestan preocupaciones sobre la seguridad personal y la protección en el lugar de trabajo y en la comunidad, así como preocupaciones sobre la seguridad de los miembros de la familia (175).

3.1. Visita domiciliaria de enfermería

La atención domiciliaria es aquella modalidad de asistencia programada que lleva al domicilio del paciente, los cuidados y atenciones biopsicosociales y espirituales (176-178). La atención de enfermería domiciliaria se está volviendo cada vez más popular entre las familias. Este tipo de atención puede ser necesaria cuando las necesidades de una persona exceden los requisitos estándar de atención personal (vestirse, lavarse y ayudar con la alimentación) (179).

Los servicios de enfermería a domicilio brindan asistencia personal a las personas que se encuentran en la comodidad de su propio hogar, lo que garantiza los usuarios puedan permanecer en un entorno cómodo y familiar.

En ese sentido, el cuidado de enfermería es completamente único para el individuo y sus necesidades. Además, la atención en el hogar se puede programar desde una visita de una hora por día hasta varias visitas por día. Depende completamente del nivel de atención que se requiera (180).

Este tipo de atención puede ser una opción para las personas que ya no requieren una estadía en el hospital pero que aún requieren asistencia con los requisitos de enfermería.

Las ventajas de la atención domiciliaria son amplias, estos son algunos otros beneficios de la enfermería en el hogar (181):

1. Promueve la curación y reduce el riesgo de infecciones: el cuidado de enfermería a domicilio ayuda a mantener al paciente protegido de las infecciones a las que está expuesto en los hospitales e incluso en los centros ambulatorios. El posoperatorio y los cuidados intensivos pueden hacer que los pacientes sean más sensibles al riesgo de recaída e infección. Por ende, el cuidado en el hogar puede ayudar al paciente a sanar mejor y más rápido debido a una menor exposición a infecciones.
2. Más asequible que la atención hospitalaria: un paciente puede requerir cuidados intensivos que pueden exigir se realicen procedimientos especiales varias veces al día. La atención hospitalaria suele ser mucho más cara y no es posible mantener al paciente en un hospital durante un periodo prolongado, ya que no es rentable. La atención domiciliaria brinda atención médica profesional de acuerdo con los estándares hospitalarios para el paciente en la comodidad de su hogar. Es muy rentable en comparación con la atención hospitalaria.

3. Entorno familiar: mantener a alguien en un hospital durante mucho tiempo puede tener un impacto negativo en su salud mental. Los hospitales generalmente se asocian con “algo malo” y pueden dejar al paciente agobiado y estresado debido a su entorno. Ver constantemente a médicos, profesionales de enfermería y pacientes también puede conducir a la negatividad. Adicionalmente, el cuidado de enfermería en el hogar ayuda a brindar al paciente atención médica profesional en su propio entorno familiar. Estar en un ambiente cálido y amoroso de su hogar ayuda a que la mente se relaje y ayuda a aliviar el estrés. Se ha demostrado que una mentalidad saludable y un entorno familiar ayudan a los pacientes a sanar mejor y de manera más saludable.

4. Trato como experiencia transpersonal: la atención que se brinda en los hospitales suele ser una camisa de fuerza y se brinda a todos por igual, inclusive cuando se cuenta con los recursos necesarios. Esto deja muy poco espacio para adaptarse a los requisitos específicos y la independencia del paciente. Esto puede hacer que los pacientes estén insatisfechos con algún aspecto u otro.

Brindar atención profesional en el hogar ayuda a personalizar la experiencia del paciente, incluso para la familia. Los cuidados son únicos para cada paciente y están diseñados teniendo en cuenta las necesidades del paciente. Esto deja al paciente mucho más cómodo, ya que se satisfacen todas sus necesidades. La atención personalizada ayuda al paciente a recuperarse mejor, ya que también cumple con los estándares médicos.

5. Apoyar las actividades de la vida diaria: algunas personas pueden tener dificultades para realizar tareas básicas por sí mismas, como bañarse, arreglarse, cocinar y limpiar. El cuidado profesional en el hogar también facilita la realización de estas actividades diarias. Estos profesionales también ayudan con las tareas domésticas livianas, lo que ayuda a mantener un estilo de vida decente en todo momento.

Un cuidador en el hogar está capacitado para ayudar a los pacientes en AVD (Actividades de la Vida Diaria). Esto ayuda a los pacientes a mantener su respeto y dignidad y a llevar una vida sana y de calidad. Los profesionales de enfermería a domicilio brindan asistencia en todas las actividades del paciente.

6. Gestión y adherencia de medicamentos: cuando un paciente sufre varios problemas, la medicación tiende a intensificarse. Dado que muchos médicos administran diferentes medicamentos para diversos problemas, la administración de recetas y la administración de medicamentos es extremadamente importante. Muchas personas mayores se confunden mientras toman medicamentos y, a veces, esto puede provocar proble-

mas de salud graves para el paciente, como una sobredosis, una mezcla nociva de medicamentos o incluso la omisión de algunos medicamentos durante un periodo prolongado. Los cuidadores profesionales están capacitados para administrar recetas y medicamentos para garantizar que el paciente reciba la atención y la medicación suficientes y correctas en el momento adecuado.

7. **Compañía afectuosa:** la interacción social es importante para mantenerse más saludable en las etapas posteriores de la vida. Los cuidadores domiciliarios también desempeñan el papel de compañeros de confianza para las actividades sociales y habituales, como leer, caminar, comer, jugar, ver películas entre otras actividades.

La asistencia en las actividades puede ayudar a los pacientes a sentirse menos solos y abandonados; estos problemas también pueden causar otras dificultades de salud. Acompañar a los pacientes afuera para hacer diligencias básicas como la compra, visitas al médico y las redes sociales puede ser una ventaja adicional para la curación del paciente.

3.2. Inmunizaciones

La inmunización (182) es una de las intervenciones de salud pública y de salud más seguras y rentables disponibles que tiene un impacto poderoso en los resultados de salud. Para entender el impacto de su rol en este campo, vale destacar que, a lo largo del siglo XX, los profesionales de enfermería que tenían funciones de salud pública salvaron a muchas personas de contraer enfermedades como la poliomielitis y la tuberculosis, la última de las cuales fue la mayor causa de muerte de niños y adultos. También salvaron muchas vidas durante el brote de influenza de 1918, junto con la epidemia de H1N1 de 2009, al administrar vacunas al público.

Los profesionales de esta disciplina son los responsables de los programas de inmunizaciones alrededor del mundo. También brindan a los pacientes información basada en pruebas sobre la importancia y seguridad de las vacunas, los posibles efectos secundarios y la importancia de la inmunización.

En este momento tan crítico, es un desafío para estos profesionales de la salud dar información a las personas de diferentes edades para que se vacunen. Si las personas tienen mitos o sofismos y no creen que los virus representen peligro, se debe advertir que permanecer sin vacunarse puede afectar tanto a las personas como a sus familias. Asimismo, frecuentemente llenan la brecha entre las personas que demandan atención y los médicos. En las zonas rurales,

la escasez de proveedores de atención primaria puede significar que las comunidades recurran a las enfermeras para recibir asesoramiento y administración de las vacunas. También desempeñan un papel importante al asesorar a los estudiantes de niveles de educación básica y las familias sobre los requisitos de las vacunas en las escuelas.

Por otra parte, deben mantenerse informadas sobre las prácticas clínicas, la disponibilidad de vacunas, las regulaciones y otros temas relacionados con la inmunización segura de acuerdo a las pautas en cada país.

Este espectro de actividades de inmunización incluye: sensibilización y promoción pública relacionadas con la importancia de la inmunización, educación sanitaria activa, disipar mitos, ayudar a las personas en la gestión de sus calendarios de vacunación, administrar vacunas, prescribir vacunas, supervisar los programas de vacunación, supervisar a otros miembros del equipo de inmunización, y asesoramiento sobre programas y estrategias de inmunización. Las enfermeras participan en todas estas actividades, en mayor o menor medida en países de todo el mundo, y tienen un papel fundamental que desempeñar para aumentar el alcance de la inmunización.

En el caso de la pandemia por covid-19, todo el mundo está visualizando el gran papel y la gran importancia que los profesionales de enfermería tienen dentro del equipo de salud aportando cada día con su conocimiento y entrega al mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones del mundo (183).

3.3. Educación para la salud

El campo de la educación en salud en enfermería se ocupa del proceso de formación de los profesionales de enfermería sobre los cuidados que deben tener los pacientes, familias o comunidades para mantener o recuperar buenas condiciones de salud. Esta educación imparte conocimientos sobre los enfoques de la atención al paciente, la formación y el alcance de la práctica de enfermería. La enfermería es la protección, promoción y optimización de la salud y las capacidades, prevención de enfermedades y lesiones, alivio del sufrimiento a través del diagnóstico y tratamiento de la respuesta humana, así como la abogacía en el cuidado de las personas, familias, comunidades y poblaciones.

La educación del paciente es una parte importante del trabajo en la disciplina. La educación empodera a los pacientes para mejorar su estado de salud. Cuando los pacientes participan en su atención, es más probable que participen

en intervenciones que pueden aumentar sus posibilidades de obtener resultados positivos. Los beneficios de la educación del paciente incluyen:

- Prevención de afecciones médicas como obesidad, diabetes o enfermedades cardíacas.
- Pacientes que están informados sobre qué esperar durante un procedimiento y a lo largo del proceso de recuperación.
- Disminuir la posibilidad de complicaciones al enseñar a los pacientes sobre medicamentos, modificaciones en el estilo de vida y dispositivos de automonitorización como un medidor de glucosa o un monitor de presión arterial.
- Reducción del número de pacientes readmitidos en el hospital.
- Conservar la independencia aprendiendo la autosuficiencia.

Aunque parece que la actividad educativa es sencilla de ejecutar, en realidad no lo es, pues se requiere una formación específica para que sea efectiva. La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe ocho competencias básicas para los educadores de enfermería que son, en resumen (184): teorías y principios del aprendizaje de adultos, diseño e implementación curricular, práctica de enfermería, investigación basada en la evidencia, comunicación, colaboración y asociación, principios éticos / legales y profesionalismo, monitoreo y evaluación de procesos educativos, gestión, liderazgo y promoción en diversos escenarios. En consecuencia, la estrategia de educación a las personas, familias y comunidades parte de una evaluación de lo que saben y ajustar la enseñanza a estas necesidades. Para que el aprendizaje sea eficaz, se debe conocer a sus pacientes e individualizar la educación del paciente (185). Es menester descubrir qué motiva a cada paciente. ¿Qué es importante para él o ella? En este sentido, las entrevistas motivacionales pueden ayudar a que la enseñanza sea más efectiva. Una estrategia es dejar que la persona, la familia o la comunidad elija el tema de mayor interés y luego abordar esa área primero. Otra pregunta que se debe hacer: “¿qué es importante que se aprenda?”

Sobre la base de la evaluación de las necesidades y estilos de aprendizaje de las personas, la familia y la comunidad, la educación proporcionada debe utilizar palabras comunes, materiales legibles (escritos alrededor del nivel de lectura de sexto grado) y varias técnicas de enseñanza basadas en estilos de aprendizaje. Por ejemplo, ¿prefiere ver materiales audiovisuales, ver demostraciones, escuchar instrucciones o leer materiales impresos? Se trata entonces de involucrar, individualizar y evaluar la comprensión de la información suministrada.

REFLEXIONES FINALES

A manera de reflexión final, se debe renovar en la práctica de los profesionales de salud los principios de la atención primaria de salud como la accesibilidad, la participación pública, la promoción de la salud, la tecnología apropiada y la cooperación intersectorial. Trabajar en pro de la accesibilidad significa que los cinco tipos de atención sanitaria estén disponibles universalmente para todas las personas, independientemente de su ubicación geográfica. Asimismo, hacer un recuento histórico de todos los hitos que definen su evolución y los conceptos y herramientas de la salud pública como un compromiso de vida con el planeta.

Respecto a la enfermería, se reconoce su vocación y entrega con su labor profesional, así como su liderazgo en el aporte de los ODS, especialmente por su contribución en el primer nivel de atención de enfermería, aunque su legado en la atención hospitalaria es más reconocido. Con base en las exigencias del mundo moderno y sus tendencias, necesitará competencias para remodelar su futuro y su papel en el cuidado de las personas, las familias y la promoción de comunidades saludables junto con un enfoque en la reducción de las disparidades en la salud. No es menos cierto que la pandemia ha traído una atención crítica a las necesidades de salud y bienestar de los profesionales de enfermería. En la historia de los dos últimos siglos y en la actualidad, la disciplina de enfermería en la salud pública integra la participación comunitaria y el conocimiento sobre toda la población, con la comprensión clínica personal de las experiencias de salud y enfermedad de los individuos y las familias dentro de las comunidades. Los profesionales de salud, en el marco de los sistemas nacionales de salud, traducen y articulan las experiencias de salud y enfermedad de diversas personas y familias de la población, a menudo vulnerables, a los planificadores de salud y los formuladores de políticas, y ayudan a los miembros de la comunidad a expresar sus problemas y aspiraciones.

De esta manera, los profesionales de enfermería de salud pública conocen múltiples estrategias de intervención, desde las aplicables a toda la población, a las familiares y al individuo. Los profesionales de enfermería que ejercen sus labores en el campo de la salud pública traducen el conocimiento de las ciencias sociales y de la salud a individuos y grupos de población a través de intervenciones, programas y promoción específicos. Sea de manera autónoma y en actividades interdisciplinarias de las funciones básicas de salud pública para la evaluación, la garantía y el desarrollo de políticas.

Tales intervenciones o estrategias pueden estar dirigidas a múltiples niveles dependiendo de dónde sean posibles los resultados más efectivos. Incluyen estrategias dirigidas a grupos de población, familias o individuos plenos.

En cualquier entorno, el papel de los profesionales de enfermería en la salud pública se centra en la prevención de enfermedades, lesiones o discapacidades, la promoción de la salud y el mantenimiento esta en las poblaciones y, en este momento preciso la humanidad se enfrenta al reto de contribuir de manera significativa.

Finalmente, el talento humano de enfermería puede optimizar la salud colectiva, la cual se reconoce incluso en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, si bien es cierto que existe una subvaloración de su rol protagónico, con sus funciones de cuidado, gerencia, educación e investigación contribuye y puede hacerlo aún más, especialmente con sus acciones con las personas en el domicilio, con las familias y las comunidades.

Sin desmedro de las actividades en centros hospitalarios que se enfoca a individuos enfermos, al final del manuscrito se describen tres actividades de gran impacto en la salud colectiva, en las que enfermería desempeña un rol fundamental: la visita domiciliaria como una estrategia de extensión de servicios ambulatorios, las inmunizaciones como un campo de acción profesional que ha sido históricamente la estrategia de salud pública más costosa y efectiva; por último, la educación para la salud como un área del cuidado que apoya la promoción de conductas saludables y el manejo de riesgos y problemas de salud individuales y colectivos, tan necesaria en todos las etapas del ciclo vital del ser humano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Public Health Association. What is public health? [Internet]. American Public Health Association. 2017 [citado 23 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.apha.org/what-is-public-health>
2. Organización Mundial de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2007 [citado 26 de diciembre de 2018]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol35_4_09/spu04409.htm
3. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud [Internet]. WHO. Organización Mundial de la Salud; 2017 [citado 27 de agosto de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/topics/primary_health_care/es/
4. Organización Mundial de la Salud. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca [Internet]. WHO. World Health Organization; 2013 [citado 27 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/whr/2008/summary/es/>
5. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud [Internet]. WHO. Alma Ata: World Health Organization; 1978 oct [citado 23 de marzo de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/topics/primary_health_care/es/
6. Organización Mundial de la Salud. 62a Asamblea Mundial de la Salud [Internet]. 2009 [citado 9 de junio de 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf?ua=1
7. Organización Mundial de la Salud. La Carta de Ottawa para Promoción de la Salud [Internet]. OMS, Salud y Bienestar Social, Asociación Canadiense de Salud Pública. Ottawa: Organización Mundial de la Salud; 1986. 6p. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
8. Winslow C. The Evolution and significance of the modern public health. New York: Yale University Press; 1923.
9. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Foundation. What is Public Health? [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Foundation. 2018 [citado 23 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.cdcfoundation.org/what-public-health>
10. Tulchinsky T, Varavikova E. The New Public Health [Internet]. Academic Press; 2015. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/book/9780124157668/the-new-public-health#book-info>

11. Molina A. Territorio, espacios e saúde: Redimensionar o espaço em saúde pública. *Cad Saude Publica*. 2018;34(1):2-12.
12. Arouca S. La historia natural de las enfermedades. *Rev Cuba Salud Pública*. diciembre de 2018; 44(4).
13. Tejada D. La historia de la Conferencia de Alma-Ata. *Rev Peru Ginecol Obs*. 2018;64(3): 361-6.
14. Alonso Cabrera G, Asociado P. Teorías y modelos en la salud pública del siglo XX. *Colomb Med*. 2004; 35(3).
15. Sigerist H. Hitos en la historia de la salud pública. Ciudad de México: Siglo XXI; 1998.
16. Organización Mundial de la Salud. Preguntas más frecuentes. Organización Mundial de la Salud. 1948.
17. Organización Mundial de la Salud. VIH/sida [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2020 [citado 26 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
18. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Información básica sobre el SRAS [Internet]. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. 2004 [citado 26 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/sars/about/fs-sars-sp.html>
19. United Nations Geoscheme. COVID - 19. Coronavirus pandemic [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2021 [citado 26 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
20. Organización Mundial de la Salud. La OMS revela las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo: 2000-2019 [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2020 [citado 28 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019>
21. Oficina Panamericana de la Salud. Global status report on preventing violence against children 2020 [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2021 [citado 26 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/node/71459>
22. Organización Panamericana de la Salud. Prevención de la violencia [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2019 [citado 26 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-violencia>
23. De Bortoli S, Munar E, Umpiérrez A, Peduzzi M, Leija C. La situación de la enfermería en el mundo y la Región de las Américas en

- tiempos de la pandemia de COVID-19. *Rev Panam Salud Pública*. mayo de 2020; 44.
24. Frieden TR. The Future of Public Health. *N Engl J Med* [Internet]. 28 de octubre de 2015 [citado 28 de septiembre de 2021];373(18):1748-54. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmsa1511248>
 25. Organización de las Naciones Unidas. Los 13 desafíos de la salud mundial en esta década [Internet]. Noticias ONU. 2020 [citado 28 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2020/01/1467872>
 26. World Economic Forum. 2018 The Global Gender Gap Report. World Economic Forum. 2019. 1-367 p.
 27. Organización Mundial de la Salud. Para alcanzar las metas de desarrollo es necesario un aumento radical de las inversiones en agua y saneamiento [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2017 [citado 18 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/13-04-2017-radical-increase-in-water-and-sanitation-investment-required-to-meet-development-targets>
 28. World Health Organization. Universal health coverage (UHC) [Internet]. World Health Organization. 2019 [citado 23 de marzo de 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
 29. Asamblea Nacional. Constitución de la República del Ecuador [Internet]. Montecristi; 2008 [citado 14 de junio de 2018]. Disponible en: https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf
 30. Organización Panamericana de la Salud. Health Situation Analysis [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. 2017 [citado 28 de septiembre de 2021]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_tabs&view=article&id=9104&Itemid=40699&lang=fr
 31. Mann Global Health. A Guide for Developing Strategic Operational Plans to Achieve Sustainable Increases in Condom Use. Global HIV Prevention Coalition. 2020. p. 0-25.
 32. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Instructivo para la elaboración del análisis situacional integral de salud. Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud. Quito; 2014. 0-71 pp.
 33. Muñoz F, López-Acuña D, Halverson P, Guerra De Macedo C, Hanna W, Larrieu M, et al. Las funciones esenciales de la salud pública: Un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal*. 2000;8(1-2): 126-34.

34. Santoro-Lamelas V. La salud pública en el continuo salud-enfermedad: Un análisis desde la mirada profesional. *Rev Salud Publica*. 2016;18(4): 530-42.
35. Herrera L, Delgado J. Un acercamiento a la definición de la controlabilidad en el proceso de salud-enfermedad. *Rev Latinoam Psicol*. 2008;40(3): 475-84.
36. Hernández M, Hernández M, Mauri L, García V. La filosofía, el proceso salud-enfermedad y el medio ambiente The philosophy, the process health-illness and the environment. *Rev Habanera Ciencias Médicas*. 2012;11(5): 727-35.
37. Fernández L. Triada ecológica: Definición, Elementos y Ejemplos [Internet]. *Ecología verde*. 2020 [citado 24 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.ecologiaverde.com/triada-ecologica-definicion-elementos-y-ejemplos-2607.html>
38. Rivier University. What Is the Epidemiologic Triangle? [Internet]. Rivier Academics. 2017 [citado 24 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.rivier.edu/academics/blog-posts/what-is-the-epidemiologic-triangle/>
39. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud [Internet]. Organización Mundial de la Salud. World Health Organization; 2013 [citado 25 de marzo de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/es/
40. Espelt A, Continente X, Domingo-Salvany A, Domínguez-Berjón MF, Fernández-Villa T, Monge S, et al. La vigilancia de los determinantes sociales de la salud. Vol. 30, *Gaceta Sanitaria*. Ediciones Doyma, S.L.; 2016. 38-44 pp.
41. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes sociales de la salud en la Región de las Américas [Internet]. 2011 [citado 27 de marzo de 2020]. p. 1-9. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=310&lang=es
42. Solar O, Irwin A. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. *Soc Determ Heal Discuss Pap 2 (Policy Pract* [Internet]. 2010;79. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852_eng.pdf?ua=1&ua=1
43. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud [Internet]. World Health Organization. World Health Organization; 2016 [citado 11 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/healthpromotion/es/>
44. Kumar S, Preetha G. Health Promotion: An Effective Tool for Global Health. *Indian J Community Med* [Internet]. enero de 2012 [cita-

- do 28 de septiembre de 2021];37(1):5. Disponible en: [/pmc/articles/PMC3326808/](#)
45. Organización Mundial de la Salud. Promoting health in the SDGs [Internet]. Ginebra; 2017 [citado 28 de septiembre de 2021]. Disponible en: <http://apps.who.int/bookorders>.
 46. Leavell H, Clark D. Levels of Application of Preventive Measures. New York: McGraw-Hill; 1965.
 47. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2019 [citado 16 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
 48. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Artículo 25: Derecho a un nivel de vida adecuado [Internet]. Organización de las Naciones Unidas. 2018 [citado 16 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2018/12/1447511>
 49. The Australian Primary Health Care Nurses Association (APNA). Primary health care nursing [Internet]. The Australian Primary Health Care Nurses Association (APNA). 2018 [citado 16 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.apna.asn.au/profession/what-is-primary-health-care-nursing>
 50. Tulchinsky TH. Marc Lalonde, the Health Field Concept and Health Promotion. En: Case Studies in Public Health. Elsevier; 2018. p. 523-41.
 51. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians [Internet]. Ottawa: National Collaborating Centre for Determinants of Health; 1974 [citado 17 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://nccd.ca/resources/entry/new-perspective-on-the-health-of-canadians>
 52. Litsios S. On the Origin of Primary Health Care. En: Medcalf A, Bhattacharya S, Momen H, Saavedra M, Jones M, editores. Health for All: The Journey to Universal Health Coverage. Orient Blackswan; 2015.
 53. Newell K. Health by the people. WHO Chron [Internet]. 1975 [citado 16 de mayo de 2020];29(5):161-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1181735>
 54. Dever A. Epidemiología y administración de servicios de salud: GE Alan Dever. [Internet]. Organización Mundial de la Salud, editor. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Serie PAL-TEX; 1991 [citado 17 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://www.sidalc.net/cgi-bin/wxis.exe/?IsisScript=UCC.xis&method=post&formato=2&cantidad=1&expresion=mfn=115788>

55. World Health Organization. Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy [Internet]. WHO. World Health Organization; 2010 [citado 17 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/index1.html>
56. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio | UNDP [Internet]. Organización de las Naciones Unidas. 2000 [citado 16 de octubre de 2018]. Disponible en: http://www.undp.org/content/undp/es/home/sdgoverview/mdg_goals.html
57. Organización Mundial de la Salud. Regreso a Alma-Ata [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2008 [citado 19 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/dg/20080915/es/>
58. World Health Organization. 7th Global Conference on Health Promotion [Internet]. World Health Organization. 2009 [citado 18 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/en/>
59. World Health Organization. The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, 10-14 June 2013 [Internet]. World Health Organization. 2013 [citado 18 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/statement_2013/en/
60. Organización de las Naciones Unidas. La Agenda para el Desarrollo Sostenible [Internet]. Organización de las Naciones Unidas. 2019 [citado 28 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development-agenda/>
61. Meleis A. Enfermeras y conocimiento de enfermería: Como fuerzas para lograr las Metas de Desarrollo Sostenible. *Enfermería Univ* [Internet]. julio de 2017 [citado 11 de octubre de 2018];14(3):143-5. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1665706317300428>
62. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 1978 [citado 19 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/topics/primary_health_care/es/
63. Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Americas*. 2008.
64. Organización Mundial de la Salud. Capítulo 7: Sistemas de salud [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2003 [citado 19 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/whr/2003/chapter7/>

- es/index1.html
65. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y cobertura universal de salud 53o Consejo Directivo de la OPS, 66a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; 2014 septiembre 29-octubre 3; Washington (DC): OPS; 2014. [Internet]. 53° Consejo Directivo de la OPS, 66.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. 2014. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-s.pdf>
 66. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una nación [Internet]. Comisión sobre Determinantes de la Salud. 2013. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/the-commission/finalreport/es/
 67. Kroeger A, Luna R. Atención Primaria de Salud. Principios y métodos [Internet]. Vol. 47, Health Policy and Planning. 1992. 1-634 p. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/267/26711160002.pdf>
<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/3101>
<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1757975914543576>
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892008000700008&lng=es&nrm=iso
 68. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Q* [Internet]. diciembre de 2005 [citado 6 de octubre de 2018];83(4):691-729. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
 69. Ministerio de Salud Pública. Modelo de atención integral del sistema nacional de salud. Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública. Quito: Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública; 2012.
 70. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución de la República Del Ecuador 2008 [Internet]. Quito: Asamblea Nacional Constituyente; 2008. Disponible en: https://www.cancilleria.gob.ec/wp-content/uploads/2013/06/constitucion_2008.pdf
 71. The Institute for Health Metrics and Evaluation. Ecuador. The Institute for Health Metrics and Evaluation. 2020.
 72. Nowbar AN, Gitto M, Howard JP, Francis DP, Al-Lamee R. Mortality from ischemic heart disease: Analysis of data from the world health organization and coronary artery disease risk factors from NCD risk factor collaboration. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2019;12(6):1-11.
 73. Vera. MFJ, Vera NC, Estany. ER, Mendoza LZ, Ruiz HA. Caracterización de egresos hospitalarios de enfermedad isquémica del cora-

- zón, provincia de Manabí, Ecuador. VITAE Acad biomédica Digit. 2020;(March).
74. Lamelas P, Diaz R, Orlandini A, Avezum A, Oliveira G, Mattos A, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in rural and urban communities in Latin American countries. *J Hypertens*. 1 de septiembre de 2019;37(9):1813-21.
 75. Coca A, López-Jaramillo P, Thomopoulos C, Zanchetti A. Best antihypertensive strategies to improve blood pressure control in Latin America. *J Hypertens* [Internet]. 1 de febrero de 2018 [citado 23 de marzo de 2020];36(2):208-20. Disponible en: <http://insights.ovid.com/crossref?an=00004872-201802000-00002>
 76. Organización Mundial de la Salud. Hipertensión [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2019 [citado 22 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
 77. Higuera-Dagovett E, Rojas-Gil MP, Garzón De Laverde DI. Experiencia de hipertensión arterial en la relación paciente,familia y contexto de ayuda Experience of arterial hypertension in the patient-family relationship in a care context. *Rev salud pública*. 2015;17(6):874-85.
 78. Gómez JF, Camacho PA, López-López J, López-Jaramillo P. Control and treatment of arterial hypertension; Program 20-20. Vol. 26, Revista Colombiana de Cardiología. Elsevier B.V.; 2019. p. 99-106.
 79. Organización Panamericana de la Salud. Hipertensión [Internet]. 2017 [citado 26 de marzo de 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=221&Itemid=40878&lang=es
 80. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2013 [citado 22 de marzo de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/es/
 81. Ortiz-Benavides RE, Torres-Valdez M, Sigüencia-Cruz W, Añez-Ramos R, Salazar-Vílchez J, Rojas-Quintero J, et al. Risk factors for arterial hypertension in the adult population of an urban region of Ecuador. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016;33(2):248-55.
 82. Elliott WJ. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Yearb Cardiol*. 2008;2008:49-51.
 83. Bennett A, Parto P, Krim SR. Hypertension and ethnicity. Vol. 31,

- Current Opinion in Cardiology. Lippincott Williams and Wilkins; 2016. p. 381-6.
84. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Anuario de Estadísticas de Transporte. 2019. Quito - Ecuador; 2019.
 85. Castillo D, Coral C, Salazar-Méndez Y. Modelización Econométrica de los Accidentes de Tránsito en el Ecuador. *Rev Politécnic*. 2020;46(2):21-8.
 86. Pal C, Hirayama S, Narahari S, Jeyabharath M, Prakash G, Kulothungan V. An insight of World Health Organization (WHO) accident database by cluster analysis with self-organizing map (SOM). *Traffic Inj Prev*. 2018;19:S15-20.
 87. Ministerio de Salud Pública. Ministra de Salud confirma muerte de paciente por COVID-19 – Ministerio de Salud Pública. Ministerio de Salud Pública. 2020.
 88. Ministerio de Salud Pública. Situación Nacional por COVID - 19. Infografía N 324. Quito - Ecuador; 2021.
 89. Organización Mundial de la Salud. Health inequities and their causes. Organización Mundial de la Salud. 2018.
 90. León T, Ordoñez X, Lara A. Política Pública. Desarrollo infantil integral. Dirección de Política Pública. Subsecretaría de Desarrollo Infantil Integral (MIES), editor. Quito: Ministerio de Inclusión Económica y Social; 2013.
 91. Observatorio Social del Ecuador. Situación de la niñez y adolescencia en Ecuador. Una mirada a través de los ODS. Quito; 2019.
 92. Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia / Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Niñez y migración Cañar. Quito; 2009.
 93. Gobierno de la República del Ecuador. Informe Exhaustivo Nacional Beijing + 25. Quito; 2019.
 94. Lombeida E, Serrano M, Moreno L, Carvajal S. Encuesta nacional de empleo, desempleo y subempleo (ENEMDU) diciembre 2018. Pobreza y desigualdad. Quito; 2019.
 95. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva [Internet]. Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública, editor. Quito; 2017 [citado 2 de abril de 2019]. Disponible en: <https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN NACIONAL DE SS Y SR 2017-2021.pdf>
 96. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Nacimientos y Defunciones [Internet]. Presidencia de la Republica (Ecuador). 2018. Disponible en: https://www.ecuadrencifras.gob.ec/nacimientos_y_defunciones/

97. Vázquez W. Prevalencia de embarazo en adolescentes y factores asociados en el Hospital “Luis F Martínez” - Cañar 2017. Universidad de Cuenca; 2019.
98. Andrade D. Determinar las causas del maltrato infantil en la provincia del Cañar en el periodo 2009-2013. Universidad de Gayaquil; 2015.
99. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación / Ministerio de Salud Pública. Plan intersectorial de alimentación y nutrición. Ecuador. 2018 - 2025. Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública. Quito; 2018.
100. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Indicadores ODS Agua, Saneamiento e Higiene. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). 2016. p. 1-27.
101. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. 2014 [Internet]. Ginebra; 2018 [citado 14 de octubre de 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf;jsessionid=28159EE8C70A0EBC9EB95E9ECFA6608B?sequence=1
102. Freire W, Ramírez-Luzuriaga M, Belmont P, Mendieta M, Silva-Jaramillo K, Romero N, et al. Tomo I. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. ENSANUT-ECU 2012. Primera ed. Ministerio de Salud Pública, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos I, editores. Quito: UNICEF Ecuador. OPS. OMS. UNFPA; 2014.
103. Freire WB., Ramírez-Luzuriaga MJ., Belmont P., Mendieta MJ. S-JM, Romero N., Sáenz K., Piñeiros P., Gómez LF. MR. Encuesta nacional de salud y nutrición. (ENSANUT-ECU 2012) [Internet]. Ministerio de Salud Pública; 2014 [citado 27 de septiembre de 2017]. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf
104. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Registro estadístico de nacidos vivos y defunciones 2017. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Quito; 2018.
105. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato. Guía de Práctica Clínica [Internet]. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2015 [citado 6 de agosto de 2019]. 64 p. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC_Atencion_del_trabajo_parto_posparto_y_parto_inmediato.pdf

106. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para conducción del parto [Internet]. Washington; 2015 [citado 7 de agosto de 2019]. Disponible en: www.who.int
107. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 [citado 6 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>
108. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo -Senplades 2017. Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021-Toda una Vida. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo - Senplades 2017, editor. Quito: Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo - Senplades 2017; 2017.
109. Organización Panamericana Sanitaria. Ecuador, segundo país de Latinoamérica con mayor índice de embarazo infantil | Sociedad | Edición América | Agencia EFE. Organización Panamericana Sanitaria. 2019.
110. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos y metas de desarrollo sostenible [Internet]. Organización de las Naciones Unidas. 2015 [citado 16 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
111. Observatorio Social del Ecuador O. Situación de la niñez y adolescencia en Ecuador. Una mirada a través de los ODS. Quito; 2019.
112. Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional. La niñez y adolescencia en el Ecuador contemporánea: Avances y brechas en el ejercicio de derechos [Internet]. Quito; 2016 [citado 2 de abril de 2019]. Disponible en: https://www.unicef.org/ecuador/resumen_ejecutivo_SITAN_-_final.pdf
113. Bündnis Entwicklung Hilft. World Risk Report 2019. Geneva; 2019.
114. Foro Económico Mundial. Informe de riesgos mundiales 2017. Foro Económico Mundial. Ginebra; 2017.
115. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente, Ministerio del Ambiente del Ecuador. GEO Ecuador 2008. Informe sobre el estado del medio ambiente. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Quito; 2008. 192 p.
116. Ortiz-Prado E, Simbaña-Rivera K, Barreno LG, Diaz AM, Barreto A, Moyano C, et al. Epidemiological, socio-demographic and clinical features of the early phase of the COVID-19 epidemic in Ecuador. Brookes VJ, editor. PLoS Negl Trop Dis. enero de

- 2021;15(1):e0008958.
117. Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Gaceta epidemiológica de muerte materna se 50 ecuador 2020. Quito; 2020.
 118. Asamblea Nacional de la República del Ecuador. Código Orgánico Integral Penal [Internet]. Quito: Asamblea Nacional; feb 10, 2014 p. 71. Disponible en: www.registroficial.gob.ec
 119. Asamblea Nacional. Ley Reformatoria al Código Civil. quito: Asamblea Nacional; may, 2016.
 120. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Las edades mínimas legales y la realización de los derechos de los y las adolescentes: Una revision de la situacion en América Latina y el Caribe. 2016. 29;33;54.
 121. Corte Constitucional del Ecuador. Ficha de Relatoría No. 003-18-PJO-CC. 2018.
 122. Hernández Sangurima MC. Derechos de libertad sexual y reproductiva en los adolescentes en relación al principio de autonomía. [Santo Domingo]: Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2019.
 123. Garzón A. Programa de prevención de embarazo adolescente en comunidades indígenas de Ecuador [Internet]. [Navarra]: Universidad Pública de Navarra; 2019 [citado 23 de junio de 2020]. Disponible en: <https://academica-e.unavarra.es/xmlui/handle/2454/33552>
 124. Kassa GM, Arowojolu AO, Odukogbe AA, Yalew AW. Prevalence and determinants of adolescent pregnancy in Africa: A systematic review and Meta-analysis 11 Medical and Health Sciences 1117 Public Health and Health Services. *Reprod Health*. noviembre de 2018;15(1):1-17.
 125. Håkansson M, Oguttu M, Gemzell-Danielsson K, Makenzius M. Human rights versus societal norms: A mixed methods study among healthcare providers on social stigma related to adolescent abortion and contraceptive use in Kisumu, Kenya. *BMJ Glob Heal* [Internet]. 2018 [citado 30 de octubre de 2019];3(2). Disponible en: https://gh.bmj.com/content/3/2/e000608?cpetoc=&utm_source=trendmd&utm_medium=cpc&utm_campaign=bmjgh&utm_content=consumer&utm_term=0-A
 126. Darroch JE, Woog V, Bankole A. ADDING IT UP : Costs and Benefits of Meeting the Contraceptive Needs of Adolescents. New York Guttmacher Inst. 2016;(May):1-16.
 127. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Girlhood, not motherhood: Preventing adolescent pregnancy [Internet]. United Nations Population Fund. 2015. 1-60 p. Disponible en: <https://www.unfpa.org>

- org/sites/default/files/pub-pdf/Girlhood_not_motherhood_final_web.pdf
128. Neal S, Matthews Z, Frost M, Fogstad H, Camacho A, Laski L. Childbearing in adolescents aged 12-15 years in low resource countries: a neglected issue. New estimates from demographic and household surveys in 42 countries. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 1 de septiembre de 2012 [citado 20 de junio de 2020];91(9):1114-8. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1600-0412.2012.01467.x>
 129. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas América Latina. América Latina y el Caribe Tienen la Segunda Tasa Más Alta de Embarazo Adolescente en el Mundo [Internet]. Fondo de Población de las Naciones Unidas América Latina. 2018 [citado 20 de junio de 2020]. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/news/américa-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-más-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mundo-1>
 130. Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos [Internet]. Ginebra; 1948 [citado 21 de julio de 2018]. Disponible en: https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
 131. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Plan nacional del buen vivir. (2017 - 2021) [Internet]. 2017 [citado 26 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/07/Plan-Nacional-para-el-Buen-Vivir-2017-2021.pdf>
 132. Ministerio de Educación del Ecuador. Guía metodológica de prevención del embarazo en niñas y adolescentes [Internet]. Quito; 2019. Disponible en: <https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2019/06/Guia-Prevencion-Embarazo.pdf>
 133. Correa R. Reglamento a la Ley Organica de Salud. Quito: Presidencia de la República; 2012 p. 49.
 134. Presidencia de la República del Ecuador, Coordinación General de Planificación y Gestión Estratégica. Proyecto: Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia. Quito; 2015.
 135. Ministerio Coordinador de Desarrollo Social. Estrategia intersectorial de prevención del embarazo adolescente y planificación familiar. 2011 [citado 27 de septiembre de 2017]; Disponible en: http://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/Proyecto_enipla.pdf
 136. Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación, Ministerio de

- Inclusión Económica y Social, Ministerio de Justicia, UNFPA, OPS. Política intersectorial de prevención del embarazo en niñas y adolescentes. *Minist Salud Pública*. 2018;1:1-35.
137. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Quito; 2018.
 138. Asamblea Nacional. Ley Orgánica para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. Ecuador: Asamblea Nacional de la República de Ecuador; 2018 p. 112.
 139. Ministerio de Salud Pública. Estrategia de abordaje Médico del Barrio. Ministerio de Salud Pública. 2017.
 140. Ministerio de Educación del Ecuador. Protocolos de actuación frente a situaciones de embarazo, maternidad y paternidad de estudiantes en el sistema educativo. Quito: Ministerio de Educación del Ecuador; 2017.
 141. Calero Terán P. A 30 Años de la Convención sobre los Derechos del Niño ¿Una reforma normativa para vanzar o retroceder? Quito; 2020. p. 11.
 142. Olalla A. Estrategias de prevención del embarazo adolescente en Ecuador para mitigar las consecuencias sociales y económicas, periodo 2010 – 2014. Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2016.
 143. Svanemyr J, Guijarro S, Riveros BB, Chandra-Mouli V. El estado de salud de los adolescentes en Ecuador y la respuesta del país a la necesidad de atención médica diferenciada para adolescentes. *Reprod Health*. febrero de 2017;14(1):29.
 144. Caffé S, Plesons M, Camacho AV, Brumana L, Abdool SN, Huaynoca S, et al. Looking back and moving forward: Can we accelerate progress on adolescent pregnancy in the Americas? *Reprod Health*. julio de 2017;14(1).
 145. Inter-American Commission of Women. Informe hemisférico sobre violencia sexual y embarazo infantil en los Estados Parte de la Convención de Belém do Pará. Organización de Estados Americanos. Washington, DC: Organización de los Estados Americanos; 2016. 74 p.
 146. Velasco M, Alvarez S, Carrera G, Vásconez A. La niñez y adolescencia en el Ecuador contemporáneo. Avances y brechas en el ejercicio de derechos. *Observatorio Social del Ecuador*; 2014. 1-98 p.
 147. Arain M, Haque M, Johal L, Mathur P, Nel W, Rais A, et al. Maturation of the adolescent brain. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2013;9:449-61.
 148. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Teen Brain: Behavior, Problem Solving, and Decision Making. American Aca-

- demy of Child and Adolescent Psychiatry. 2016.
149. Palacios X. Adolescencia: ¿una etapa problemática del desarrollo humano? *Rev Cienc Salud* [Internet]. 10 de junio de 2019 [citado 20 de septiembre de 2020];17(1). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732019000100005
 150. Yanes Sevilla LC. El interés superior del niño en los procesos de niñez y adolescencia en la ciudad de Ambato. [Quito]: Universidad Andina Simón Bolívar; 2016.
 151. Zavala Egas J. Derecho constitucional, neoconstitucionalismo y argumentación jurídica. Guayaquil: Edilex; 2010. 525 p.
 152. Organización Mundial de la Salud. Embarazo adolescente. Organización Mundial de la Salud. 2020.
 153. Leftwich HK, Alves MVO. Adolescent Pregnancy. *Pediatr Clin North Am*. 2017;64(2):381-8.
 154. López-Alvarado S, Van Parys H, Cevallos-Neira A, Enzlin P. Latin American Women's Beliefs, Views and Ideas About Sexual Assertiveness: A Focus Group Study in Cuenca (Ecuador). *J Sex Res* [Internet]. 23 de marzo de 2020 [citado 23 de junio de 2020];57(3):307-21. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00224499.2019.1615031>
 155. Ministerio de Salud Pública. Política intersectorial de prevención del embarazo en niñas y adolescentes. Ecuador 2018 - 2025 [Internet]. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2018. Disponible en: https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/vacancias/politica_0.pdf
 156. Calle Gutierrez NP, Urteaga Mamani NÁT. Prácticas de la medicina tradicional aymara para el fortalecimiento de competencias en la formación médica intercultural en el Hospital Aymara de Escoma gestión 2017. 2018.
 157. Mozo C. Salud e interculturalidad en Ecuador: las mujeres indígenas como sujetos de intervención de las políticas públicas. *Comp Cult Stud - Eur Lat Am Perspect*. 2017;2(3):55-65.
 158. Ulrich CM, Rushton CH, Grady C. Nurses confronting the coronavirus: Challenges met and lessons learned to date. *Nurs Outlook*. 2020;68:838-44.
 159. Aguirre Raya D. Retos y desafíos de la Enfermería en el mundo moderno. *Rev Habanera Ciencias Medicas* [Internet]. 2020;6(5):1-15. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2008000300003&script=sci_arttext
 160. Organización Mundial de la Salud. Situación de la enfermería en el mundo 2020: invertir en educación, empleo y liderazgo [Internet].

- Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020. 144 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332164/9789240004948-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
161. Karimi Z, Fereidouni Z, Behnamoghdam M, Alimohammadi N, Mousavizadeh A, Salehi T, et al. The Lived Experience of Nurses Caring for Patients with COVID-19 in Iran: A Phenomenological Study. *Risk Manag Healthc Policy*. agosto de 2020;Volume 13:1271-8.
 162. Erquicia J, Valls L, Barja A, Gil S, Miquel J, Leal-Blanquet J, et al. Emotional impact of the Covid-19 pandemic on healthcare workers in one of the most important infection outbreaks in Europe. *Med Clínica (English Ed)*. noviembre de 2020;155(10):434-40.
 163. Gómez MIL. El cuidado de enfermería a los grupos humanos. *Rev la Univ Ind Santander Salud*. 2015;47(2):209-13.
 164. *Enfermería Comunitaria – Opositora EIR* 2017.
 165. *La enfermería y la atención primaria. – Marea Blanca*.
 166. Odelc DA. *Introducción*. 2018;171-82.
 167. Costa E, Oliviera R, Santos W. Educación para la salud en el contexto escolar: estudio de revisión integradora. *Enfermería Glob*. 2017;16(2):464-76.
 168. Organización de las Naciones Unidas para la Educación la C y la C (UNESCO). *La acción de la UNESCO sobre la Educación para la salud y el bienestar*. Educación y salud. 2018.
 169. Ocampo D, Arango M. La educación para la salud: “Concepto abstracto, práctica intangible”. *Rev Univ y Salud*. 2016;18(1):24-33.
 170. Universidad de Cantabria. Tema 2. *La Educación para la Salud*. Open Course Ware. 2017.
 171. Dandicourt Thomas C. *Revista cubana de medicina general integral*. *Rev Cuba Med Gen Integr*. 2018;34(1):55-62.
 172. Defrancesco M, Bancher C, Dal-Bianco P, Hinterhuber H, Schmidt R, Struhal W, et al. Position paper of the Austrian Alzheimer Association (Österreichische Alzheimer Gesellschaft, ÖAG): Effects of the COVID-19 pandemic in Austria on people with dementia and their care environment—problem areas, recommendations, and strategies. *Neuropsychiatrie*. octubre de 2020;1-13.
 173. Sullivan M, Bouffet E, Rodriguez-Galindo C, Luna-Fineman S, Khan MS, Kearns P, et al. The COVID-19 pandemic: A rapid global response for children with cancer from SIOP, COG, SIOP-E, SIOP-PODC, IPSO, PROS, CCI, and St Jude Global. *Pediatr Blood Cancer*. julio de 2020;67(7).
 174. Pahuja M, Wojcikewych D. *Systems Barriers to Assessment and*

- Treatment of COVID-19 Positive Patients at the End of Life. *J Palliat Med.* mayo de 2020;jpm.2020.0190.
175. Joshi S. Coronavirus disease 2019 pandemic: Nursing challenges faced. *Cancer Res Stat Treat.* 2020;3(5):137.
 176. Organización Panamericana de la Salud. Intercambio de experiencias, historias y buenas prácticas en Atención Primaria de Salud para enfrentar la pandemia de la COVID-19 – Perú. Organización Mundial de la Salud. 2020.
 177. Red Centinela Sanitaria de Catilla y León. Visitas domiciliarias de enfermería en Atención Primaria (Enfermería). Junta de Castilla y León. 2013.
 178. Sockolow PS, Bowles KH, Pankok C, Zhou Y, Potashnik S, Bass EJ. Planning the Episode: Home Care Admission Nurse Decision-Making Regarding the Patient Visit Pattern. *Home Health Care Manag Pract.* 2021;108482232199077.
 179. Putra KWR. Home visit for applying family nursing: A perspective. *Nurse Heal J Keperawatan.* 2019;8(2):69-71.
 180. Majima T, Kusunoki J, Otsuka T. The Role of the Home-Visit Nursing System in the Treatment of Terminal Cancer Patients in Japan. En: *Palliative Care for Chronic Cancer Patients in the Community.* 2021. p. 543-7.
 181. Kitamura T, Tanimoto C, Oe S, Kitamura M, Hino S. Familial caregivers' experiences with home-visit nursing for persons with dementia who live alone. *Psychogeriatrics.* 2019;19(1):3-9.
 182. Bajnok IR, Catton HR, Hons E, Skinner T, Shamian J, Pavlovic Hons T. The Role of Nurses in immunisation. A snapshot from OECD countries [Internet]. International Council of Nurses. Ginebra: International Council of Nurses; 2013 [citado 29 de septiembre de 2021]. Disponible en: www.icn.ch
 183. Velasco J. Rol de Enfermería dentro del Equipo de Atención Primaria de Salud en tiempos de COVID-19. *Jonnpr* [Internet]. 2021;6(2020):nnn-nn. Disponible en: <https://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/4130>
 184. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. La OPS/OMS destaca la necesidad de formar más personal de enfermería en América Latina y el Caribe. 2015.
 185. Smith JA, Zsohar H. Patient-education tips for new nurses. *Nursing (Lond)* [Internet]. octubre de 2013 [citado 29 de septiembre de 2021];43(10):1-3. Disponible en: https://journals.lww.com/nursing/Fulltext/2013/10000/Patient_education_tips_for_new_nurses.24.aspx

Títulos de la colección Salud y Bienestar



Correlación entre la Medicina de Laboratorio y las Ciencias Básicas y Clínicas

Julio César Sempértegui Vega, Sandra Patricia Ochoa Zamora, Poleth Estefania Sempértegui Alvarado y Mateo Esteban Zea Cabrera

Patología Estructural Básica

Yolanda Vanegas Cobeña, Nancy Vanegas Cobeña y Leonardo Morales Vanegas

Esquizofrenia. El enigma continua

Douglas Calvo de la Paz

Medicina Ancestral

Julio César Morquecho Salto

Canino Retenido. Historia, Diagnóstico y Tratamiento Actual

Diego Palacios Vivar, Yonatan Torres Cruz, Vinicio Barzallo Sardi

Otros títulos de la colección Ciencias Sociales y
Humanidades



Violencia Intrafamiliar. Beneficios de un Proyecto Social
Vanessa Quito Calle, Mónica Tamayo Piedra y Olga Neira Cárdenas

Hitos de la Constitución ecuatoriana
Colectivo de autores

El Perfeccionamiento de los Contratos
Fernando Moreno Morejón

Otros títulos de la colección Ciencias, Ingenierías y
Medio Ambiente



Análisis de Funciones Especiales

Carlos Fernando Méndez Martínez

Topografía aplicada a las Ciencias Agrícolas

Carlos Eloy Balmaseda Espinosa

Bioestadística

Froilán Segundo Méndez Vélez, Milton Bolívar Romo Toledo y
Gabriela Alejandra Ortega Castro

***Desafiando a la Ciudad Letrada. Formas antagonistas
de urbanismo en América Latina***

Antonio di Campli



Salud Pública y Enfermería en el Contexto Ecuatoriano
se publicó en la ciudad de Cuenca, Ecuador, en octubre de
2021, en la Editorial Universitaria Católica
(EDUNICA), de forma digital.





ISBN: 978-9942-27-119-8

