



ENFERMERÍA EN LA SALUD DE ECUADOR Y CAÑAR

María Fernanda Peralta Cárdenas
María Erlinda Aguaiza Pichazaca
José Ivo Contreras Briceño
Luis Hermmann Rodríguez Rangel

ENFERMERÍA EN LA SALUD DE ECUADOR Y CAÑAR

María Fernanda Peralta Cárdenas

María Erlinda Aguaiza Pichazaca

José Ivo Contreras Briceño

Luis Hermmann Rodríguez Rangel

Enfermería en la salud de Ecuador y Cañar

© Autores:

María Fernanda Peralta Cárdenas
Docente de la Universidad Católica de Cuenca

María Erlinda Aguaiza Pichazaca
Docente de la Universidad Católica de Cuenca

José Ivo Contreras Briceño
Docente de la Universidad Católica de Cuenca

Luis Hermmann Rodríguez Rangel
Docente de la Universidad Católica de Cuenca

© Universidad Católica de Cuenca
© Editorial Universitaria Católica de Cuenca

e-ISBN: 978-9942-27-120-4

Editor:

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó

Edición y corrección:

Mtr. Manuel Felipe Álvarez Galeano

Diagramación y maquetación:

Dis. Gustavo Corral Maldonado

Ilustraciones:

Pippo Galeano

Diseño de portada:

Dis. Alexander Campoverde Jaramillo

Fotografía de portada:

Foto de Anthony Shkraba en Pexels

© Sobre la presente edición:

Primera Edición, 06 de noviembre de 2021

Impresión:

Editorial Universitaria Católica (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.

La enfermería es un arte y, si se pretende que sea un arte, requiere una devoción tan exclusiva, una preparación tan dura, como el trabajo de un pintor o de un escultor; pero ¿cómo puede compararse la tela muerta o el frío mármol con el tener que trabajar con el cuerpo vivo, el templo del espíritu de Dios?

Florence Nightingale (1820-1910)

Dedicatoria

A los estudiantes de la carrera de Enfermería,
quienes tienen vocación por el servicio a los enfermos
y han adquirido un compromiso con la ciencia,
la investigación y el humanismo.

Agradecimientos

A nuestro rector, Dr. Enrique Pozo Cabrera, líder universitario comprometido con el desarrollo de la ciencia, apoyando todas las iniciativas del claustro docente de la Universidad Católica de Cuenca. A nuestra decana, Dra. Susana Peña Cordero, pilar fundamental en el desarrollo de las diferentes actividades programadas para el engrandecimiento de nuestra Unidad Académica.

Al cuerpo docente de la carrera de Enfermería de la extensión Cañar por su tiempo, su dedicación y su compromiso demostrados a través de su colaboración para la elaboración de este documento. A todos quienes nos prestaron su apoyo: editores, redactores, impresores y publicistas, a todos ellos un muy grande agradecimiento.

El camino no fue sencillo, pero siempre estuvieron ahí para apoyar, compartir y vivir todas aquellas experiencias y formar parte de este triunfo.

ÍNDICE

PRÓLOGO	13
CAPÍTULO I. ESTADO ACTUAL	17
1.1. Preámbulo.....	21
1.2. Estado actual de la salud en Ecuador.....	23
a. Contexto nacional	23
b. Contexto zonal	32
c. Contexto regional: provincia Cañar	33
d. Contexto local: cantón Cañar.....	35
e. Principales problemas relacionados con la salud en Cañar.....	40
CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA Y LAS POLÍTICAS DE SALUD EN EL MUNDO Y EN EL ECUADOR	45
2.1. Análisis de las tendencias del desarrollo científico-tecnológico relacionadas al área de conocimiento.....	50
2.2. Funciones de los profesionales de Enfermería.....	50
2.3. Análisis de los requerimientos de la planificación nacional y regional y el perfil de egreso.....	54
2.4. Mas allá del ámbito nacional	56
CAPÍTULO 3. MIRADA PROSPECTIVA SOBRE LA CIENCIA ENFERMERA Y LA OFERTA DE SALUD DE LA CARRERA	59
3.1. Fundamentos filosóficos de enfermería.....	64
Aportes de Leonardo Boff.....	64
Aportes de Newman, Sime y Corcoran- Corcoran-Perry.....	65
Aportes de las teorizantes Leininger y Watson	66
3.2. Fundamentos epistemológicos de enfermería.....	68
3.3. La praxeología de enfermería	70

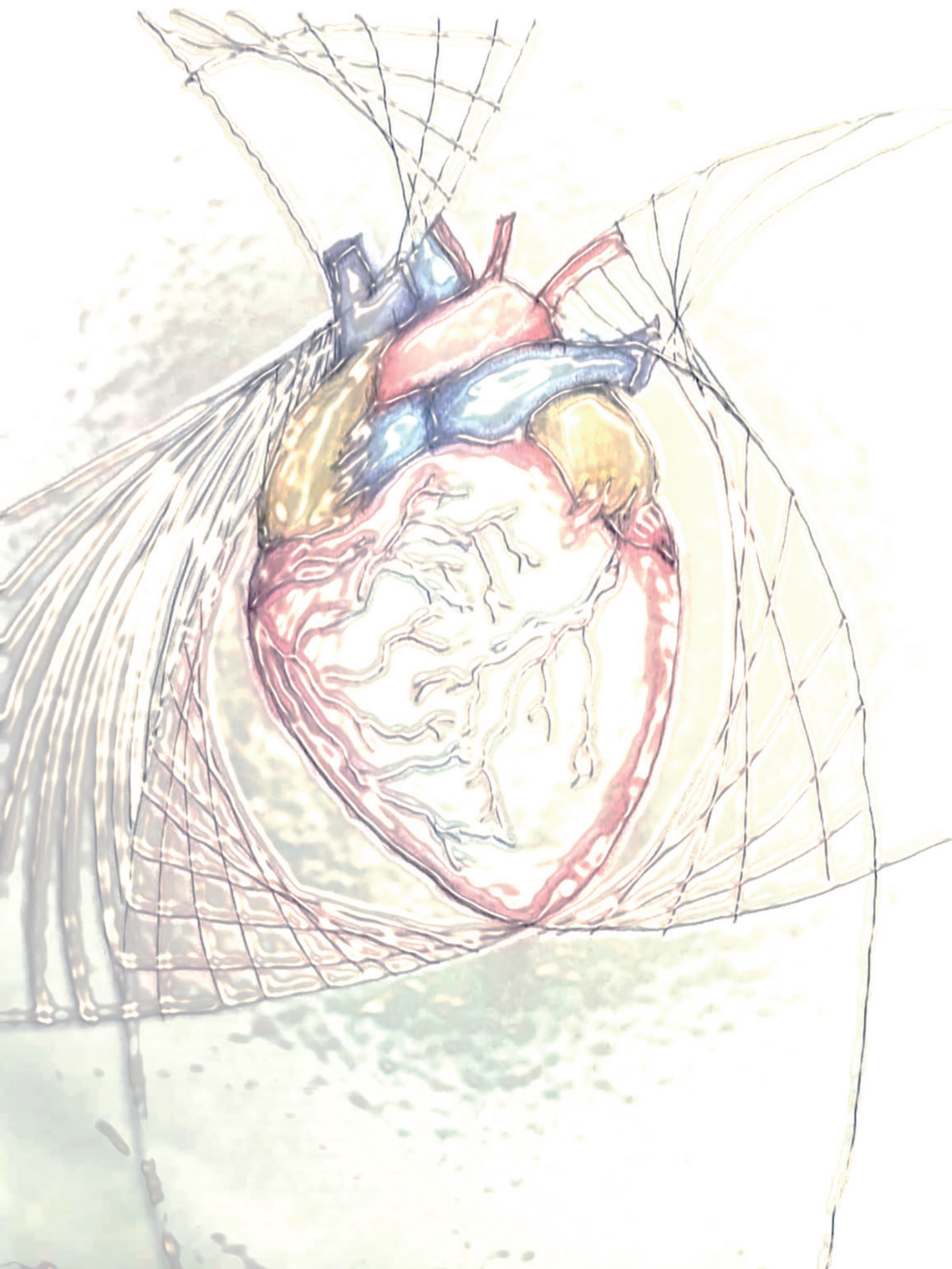
Proceso enfermero como método científico propio	71
Falencias o retos para las buenas prácticas profesionales.....	72
Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermería.....	73
3.4. Aportes epistemológicos para enfermería de las ciencias de la salud.....	73
a. Atención Primaria de Salud	73
b. Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS)	74
c. Promoción de Salud	74
d. Funciones Esenciales de la Salud Pública.....	74
e. Los Determinantes Sociales de la Salud	75
3.5. Horizontes epistemológicos que están presentes en la profesión y que se proyectan al futuro inmediato y mediato	76
a. Mapa transdisciplinario de la Carrera	76
CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE LA OFERTA DE ESTUDIOS DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA.....	79
4.1. Componente académico	83
4.2. Componente heurístico-axiológico	84
4.3. Componente vocacional social.....	85
4.4. Movimiento de estudiantes de los últimos 10 periodos académicos.....	88
4.5. Organismos empleadores de los egresados.....	89
CONCLUSIONES.....	91
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95

Lista de tablas

1. Características de la salud de los ámbitos nacional, zonal, regional y local, vinculantes a la función social de la enfermería	42
2. Aspirantes, estudiantes matriculados y egresados de la Carrera. Periodo 2015-2019	88
3. Organismos que emplean egresados de la Carrera.....	89

Lista de ilustraciones

1. Cantidad y demanda de profesionales de Enfermería.Ecuador (2017-2040)	49
2. Funciones de los profesionales de Enfermería y sus acciones generales....	51
3. Mapa transdisciplinario de la carrera de Enfermería.....	76
4. Resultados del componente académico	83
5. Componente heurístico-axiológico	84
6. Componente vocacional-social	85
7. Relación vocacional de egresados de la Carrera con su preparación profesional (porcentajes)	86
8. Razones para elegir la carrera de Enfermería de la extensión Cañar para su preparación profesional (porcentajes)	86
9. ¿El egresado de la carrera de Enfermería de la extensión Cañar planifica de manera efectiva que se logren los objetivos planteados? (porcentajes)....	87



Prólogo

La obra representa un esfuerzo de mostrar y analizar información actualizada acerca de los determinantes sociales alrededor de la salud, en primer lugar, de Ecuador y, luego, de la provincia y del cantón Cañar. La recolección de la información para la obra se realizó mediante una revisión documental de fuentes electrónicas científicamente válidas y con datos e informes de páginas oficiales nacionales e internacionales.

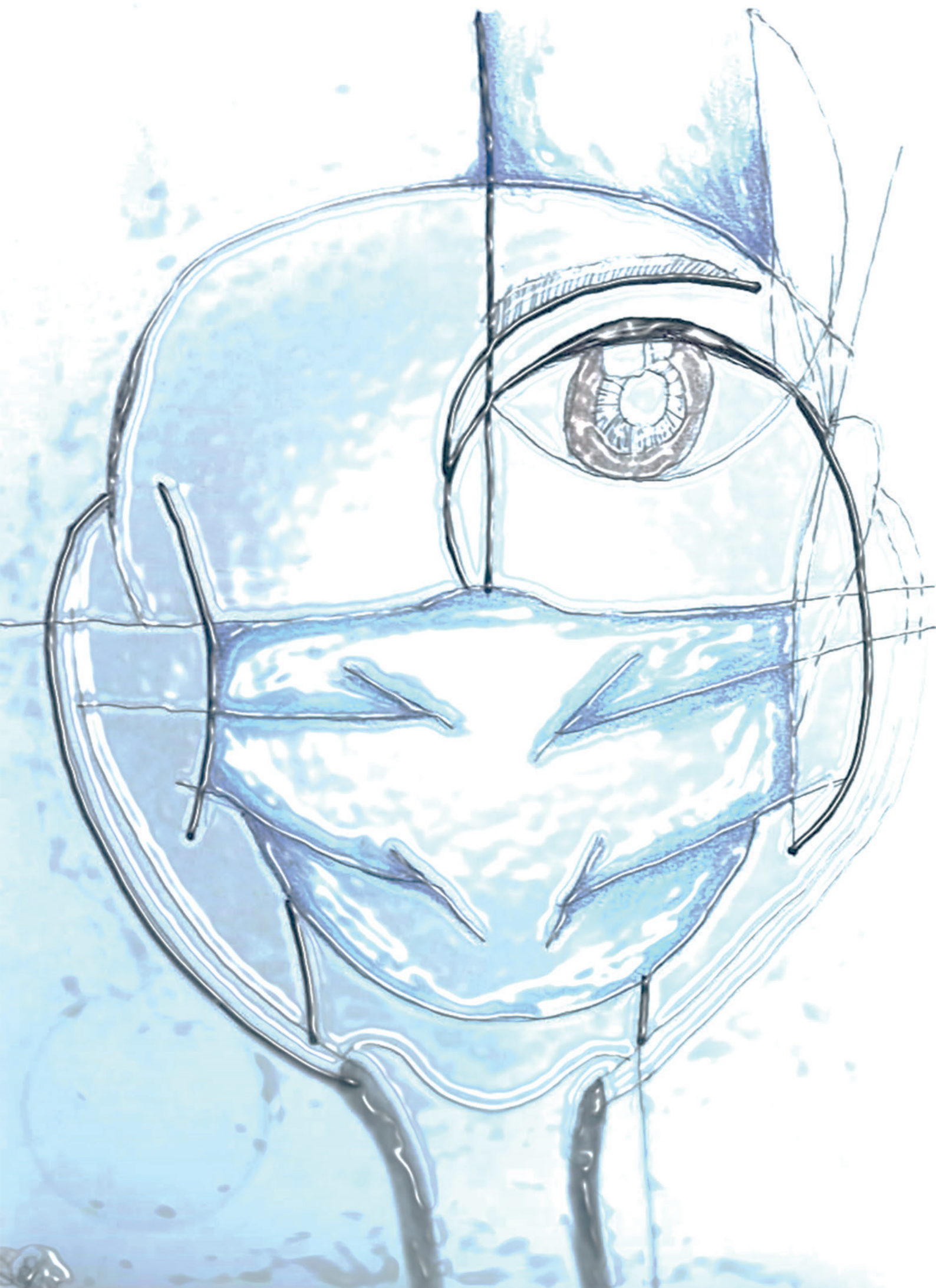
En sus páginas, los lectores encontrarán una panorámica general de los principales problemas de salud, incluyendo la emergencia sanitaria ocasionada por el covid-19 que pueden ser de interés como fuente de información científica para estudiantes, docentes y otros actores involucrados en la salud pública nacional. Respecto al cantón, se presentan aspectos culturales que permiten describir su imaginario colectivo.

Luego, se aprecia una visión actualizada y proyectada al futuro de la Ciencia Enfermera en el escenario mundial, sus teorizantes, tendencias y marcos teóricos. En el contexto ecuatoriano, se destacan la cantidad de profesionales y las necesidades de talento humano.

Adicionalmente, se describen algunas características de la carrera de Enfermería de la extensión Cañar de la Universidad Católica de Cuenca, como el mapa transdisciplinario del proyecto curricular rediseñado en 2018, un resumen del estudio de empleabilidad más reciente y la cantidad de estudiantes aspirantes, matriculados y egresados. Esta información representa el resumen de la oferta de estudios que se ha consolidado en la trayectoria de la institución formadora de profesionales.

CAPÍTULO 1

ESTADO ACTUAL



1.1. PREÁMBULO

La Universidad Católica de Cuenca (UCACUE) y específicamente la carrera de Enfermería de la extensión Cañar, coherentes con las disposiciones legales, reglamentarias y con el sentido de responsabilidad social que las ha caracterizado desde su creación, han decidido establecer un Sistema de Gestión de Carrera (SGC) adecuado a los criterios del Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CACES).

En la UCACUE (1), el fundamento y espíritu de su existencia son los estudiantes, y el docente es un intermediario o facilitador, aprovechando al máximo los dominios institucionales, esencialmente en el que se vincula la labor profesional, la medicina preventiva, la curativa y la calidad de vida. Por esa razón, y con base en la libertad de cátedra en la que se fundamenta la universidad, el estudiante tiene el derecho a buscar y conocer la verdad (2).

Los fundamentos epistemológicos que la inspiran son: “la complejidad de Morín, los postulados de la UNESCO, la pedagogía crítica y el constructivismo, además de la teología cristiana” (3–7).

En la Universidad Católica de Cuenca, el ejercicio magisterial es libre para comunicar, ampliar y difundir sus conocimientos con capacidad para “innovar e investigar, con sujeción a un contenido programático mínimo en cada área de conocimiento, fundamentado en principios éticos, científicos y pedagógicos”.

El estudiante puede debatir dichas dilucidaciones con apego a los mismos principios y co-construir de modo crítico su saber que favorece la aproximación autónoma y crítica de los estudiantes a las disciplinas, profesiones y saberes.

Misión: “Desarrollar el pensamiento crítico, articulando los ejes sustantivos en que fundamenta su actuar la universidad, para generar profesionales con competencias y contribuir a las soluciones de los problemas de la sociedad” (1).

Visión: “Ser una universidad de calidad, con reconocimiento nacional y proyección internacional” (1).

La carrera de Enfermería propone la formación de servidores eficientes y capaces en el ejercicio de la profesión, solidarios y empáticos con sus semejantes en sus necesidades, mediante la prestación de servicios de salud, encaminados en todos los niveles en que se provee atención sanitaria, como son la promoción, la prevención de la enfermedad, así como la curación y la rehabilitación de la salud, en concordancia con lo dispuesto en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS- FCI), cumpliendo de esta forma con la vinculación con la sociedad, buscando el porvenir y beneficio común, fundamentado en los grandes objetivos constitucionales, el Plan Nacional de Desarrollo (2017 – 2021), el Plan Regional de Gobierno, así como el desarrollo científico, tecnológico y humanístico mundial.

Se entiende que los procesos de evaluación y acreditación institucional son mecanismos que apuntan a la calidad, y que estos deben ser parte de una cultura, más que un periodo para cumplir con cánones nacionales preestablecidos. La teleología de estos mecanismos es la garantía de calidad; es decir, un proceso continuo de evaluación (evaluación, monitoreo, garantía, mantenimiento y mejora) de la calidad de un sistema, instituciones o programas de educación superior.

Como mecanismo regulatorio, el aseguramiento de la calidad se enfoca tanto en la responsabilidad compartida del talento humano de todos los niveles involucrados, como en la mejora, proporcionando información y juicios, a través de un proceso consensuado, consistente y criterios bien establecidos (8).

En el mismo orden de ideas, la calidad es un principio que estimula la búsqueda autorreflexiva y continua del aseguramiento, mejoramiento y construcción de una cultura de calidad de la educación superior, logrando la participación de todos los niveles de las instituciones de educación superior, así como el Sistema de Educación Superior, sobre las bases de la investigación e innovación, la docencia y el vínculo con la sociedad.

Todo ello se orienta a la inclusión, la pertinencia, la democratización para conseguir el acceso, la autonomía responsable y la equidad, la democracia, la diversidad, la integralidad, el diálogo de saberes, la producción de conocimiento y valores humanos (2). Así lo interpreta la carrera de Enfermería de la extensión Cañar.

En cuanto a su definición y su objeto de estudio, en el contexto mundial y específicamente latinoamericano, se reconoce a la Enfermería como “el estudio del cuidado de la experiencia o vivencia de la salud humana” (9).

En Enfermería, es evidente su avance en los últimos años, la reflexión desde el punto de vista filosófico con relación al cuidado y su naturaleza, que lleva a la determinación de aquellos estudiosos de los principios y conceptos fundamentales de esta profesión, quienes han discurrido, a lo largo de la historia, lo concerniente al cuidado como lo sustantivo en la vida de las personas. No se puede negar que este discurso se debe relacionar con las ascensiones hechas por enfermería en la época actual, la era posmoderna, momento en el que se acepta el cuidado como objeto de estudio y el núcleo epistémico de esta profesión.

La pertinencia de la carrera de Enfermería de la extensión Cañar es el reflejo de la articulación de la misión, la visión, los objetivos estratégicos institucionales con las necesidades del contexto actual, en concordancia con el análisis de la información recaudada mediante estudios de estado actual y prospectiva, que compilan las características de la Carrera (2).

En el marco del modelo de evaluación del aprendizaje de la carrera de Enfermería, el contexto hace referencia a la información proveniente del ambiente interno; es decir, a los procesos académicos relativos a las funciones sustantivas y el ambiente externo de la Carrera, que se refiere a las tendencias científicas del área de conocimiento, las necesidades del contexto, amenazas, oportunidades, y otros; adicionalmente, al análisis de las señales del contexto externo, los cuales pueden influir en el estado actual y planes futuros (10).

El cuidado, visto como el objeto de estudio de esta disciplina, Enfermería, se ha introducido en el pensamiento filosófico a lo largo del tiempo, de modo que la reflexión está centrada desde la reconstrucción de la naturaleza del ser humano y la relación que tiene con la historia, con el mundo, con sus semejantes y consigo mismo. El cuidado implica el “análisis ético ontológico de su ser y su hacer en la cultura, como fenómeno consustancial del ser persona, que en su unicidad se reconoce responsable de su propio cuidado y por ende el cuidado de otros y con otros” (11).

En el transitar al aseguramiento de la calidad, la carrera de Enfermería de la extensión Cañar de la Universidad Católica de Cuenca se empeña en definir y desarrollar procesos cualitativos y cuantitativos para mejorar su desempeño en cada una de las funciones sustantivas, incluso en la gestión (12), en un momento histórico en el que el desarrollo de la disciplina alcanza un apogeo a nivel nacional y mundial(13–17).

A continuación, se destacan los datos más relevantes de los determinantes de la salud en el cantón Cañar, la provincia del mismo nombre, la zona de planificación 6 y del país, como insumos fundamentales para la configuración del proyecto curricular y el resto de los elementos macro, meso y microcurriculares que nos ocupa.

Luego, se evidencia la prospectiva de la Carrera, sus avances, tendencias en la Ciencia Enfermera, que deben expresarse en los estamentos meso y microcurriculares, para configurar un proyecto

curricular pertinente a las necesidades de la localidad de Cañar, en términos de la demanda de cuidados de enfermería, pero a la vez, de la oferta, considerando los elementos más modernos que definen su práctica profesional.

1.2. ESTADO ACTUAL DE LA SALUD EN ECUADOR

Ecuador está emplazado en América del Sur, como bien es sabido en el paralelo 0°0'0", tiene una extensión territorial de 283.561 Km², se compone de cuatro regiones biogeográficas: la Sierra, que es atravesada por la Cordillera de los Andes, la Costa Pacífica, la Amazonía y las Islas Galápagos, los cuales son conglomerados sociales con marcadas diferencias respecto a la infraestructura de servicios públicos. Su geografía contribuye en gran parte a la biodiversidad presente en el país.

Asimismo, pertenece al grupo de 12 países megadiversos que en su conjunto representan entre el 60 y 70 % de la biodiversidad del planeta, es decir que el país tiene un importante y único patrimonio natural, base del desarrollo económico, social, cultural y productivo (18). Al momento, la población ecuatoriana es de 17'499.000 (19).

Para abordar el estado actual, en lo sucesivo, se destacan las condiciones geográficas, demográficas, cosmogónicas, culturales, alimentarias, lingüísticas y sanitarias del cantón, y, adicionalmente, en un ejercicio deductivo, abarca una visión inductiva que va desde el cantón, la provincia, la zona de planificación 6, el país y finaliza en el contexto mundial.

a. Contexto nacional

La oferta de salud de Ecuador se organiza en tres niveles jerárquicos: el primero en orden

descendente en el central, que tiene funciones de rectoría y rol normativo; el nivel intermedio lo conforman 9 coordinaciones zonales con funciones de integración, coordinación, supervisión, apoyo técnico, además del control del cumplimiento de las políticas y normativas del sector salud a nivel zonal o de las provincias que integran:

- Planificación territorial a nivel zonal (perfil epidemiológico)
- Coordinación intersectorial e interseccional
- Orientación de la inversión zonal
- Control del cumplimiento de normas y estándares
- Estrategia Comunicacional a nivel zonal

El nivel ejecutivo u operativo está estructurado por 140 distritos que se encargan de la ejecución de actividades en las redes de salud (referencia y contrarreferencia), articulando la provisión de servicios en todos los programas establecidos por el Ministerio de Salud (20).

El pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, en el Ecuador, está afectado por las inequidades de género, étnicas, económicas y sociales a lo largo del ciclo vital de las personas.

Los efectos de las inequidades se manifiestan en lo siguiente: el desequilibrio en la fecundidad deseada y observada, la desigualdad de la fecundidad entre distintos grupos de población, la mortalidad materna, el embarazo en adolescentes, la accesibilidad a servicios básicos como los de la anticoncepción produce aumento de las infecciones de transmisión sexual, entre ellos el virus de inmunodeficiencia humana, la violencia de género, salud sexual y salud reproductiva, en personas con discapacidad y cánceres relacionados al aparato reproductivo (21).

Otra arista de la problemática de salud en el país, inherente al accionar de la disciplina, es la violencia en todas sus formas. Una investigación realizada en 2019 reveló que el 36,1 % de

estudiantes de educación intermedia tiene bajo nivel de conocimiento sobre este tema que se encuentra intrínsecamente ligado a la percepción que se tiene acerca de la violencia de género, en que existe una diferencia marcada entre mujeres y hombres con relación a las variables estudiadas. Finalmente, obtuvieron que el 25,2 % carece de conocimiento sobre el tema violencia de género; infortunadamente, también reveló que está de acuerdo con el machismo, el sexismo y los actos de violencia (22).

Por otro lado, se reconoce que en la sociedad ecuatoriana la violencia se acepta y se percibe como un acto normal, la violencia hacia los niños, en otras palabras, la violencia es el arma fundamental de la formación. Dando una mirada al pasado, el 18% de las personas que hoy día son padres o madres vieron violencia entre sus progenitores.

En el presente, el 30% de los y las jóvenes también pueden testificar sobre ese maltrato. En los hogares donde los padres fueron testigos de violencia de pareja, el 44% de las hijas e hijos son testigos en la actualidad de mayor violencia doméstica, que en los hogares en que la generación anterior vio entre sus cuidadores (24%). Con base en estos resultados se puede afirmar que la violencia de pareja se transmite de generación en generación a través de un traspaso intergeneracional de la violencia de pareja, generando un ambiente de violencia para el crecimiento de las hijas e hijos. Se destaca que casi el 70% de los niños, niñas y adolescentes encuestados no observan maltrato entre sus padres. En contraposición, en la Amazonía, el 40% de las niñas, niños y adolescentes son testigos de mayor violencia de pareja entre sus padres.

Asimismo, los datos revelan que el 40% de los niños, niñas y adolescentes viven en constante maltrato extremo violento y que uno de cada diez niños, niñas y adolescentes es tratado con indiferencia.

En cuanto al diálogo entre la niñez y los progenitores, la región de la Costa lleva la

delantera, presenta un incremento del 29% al 42%. Seguidamente se encuentra la Sierra, donde el incremento va del 32% al 42%. En la Amazonía el incremento va del 33% al 39%. El análisis que se realizó acerca del uso del diálogo como medida educativa entre las diferentes etnias revela un incremento del 26% al 37% entre afrodescendientes, y del 31 al 44% entre los blancos/ mestizos. El grupo étnico que muestra el menor incremento del 32% al 34% son los indígenas. Los resultados que ameritan la búsqueda de soluciones inmediatas son que el 47% de la niñez y adolescencia de los afrodescendientes son golpeados por sus padres al cometer una falta. Los mestizos lo viven en el 29% y al 42% los indígenas. Es lamentable que la adolescencia afrodescendiente es un grupo étnico en que la violencia se ha incrementado durante los últimos 5 años.

En relación con la pregunta sobre si merecían las reacciones de sus padres frente a sus faltas, seis de cada diez niños (62%) afirmaron que “muchísimo” o “mucho”. Lo grave de la aceptación del trato que reciben de parte de sus padres es que están aceptando también, con normalidad, todas las formas de violencia.

La violencia entre sus coetáneos se ha medido por medio de siete parámetros (peleas entre ellos, grupos o pandillas violentas, estudiantes que destruyen las cosas, estudiantes que molestan a los más pequeños, estudiantes que molestan a otros por ser diferentes, estudiantes que insultan o se burlan de otros y sustracción de cosas personales). Tres de estos indicadores se han mantenido estadísticamente sin variaciones en los últimos cinco años: El primero es la existencia de peleas entre alumnos: en el 2010 se reporta 61% y en 2015 el 63%, de los niños y niñas afirman haber sido testigos sus espacios educativos de este tipo de situaciones. Segundo, un 55% refiere que algunos alumnos destruyen las cosas que les pertenece a otros. Tercero, el 51% sostiene que se han suscitado hurtos de sus pertenencias personales dentro de las aulas de clase.

Para tener una visión integrada de la violencia en los niños, niñas y adolescentes con responsabilidad, se describe que esta es una situación que va desde los golpes y maltrato de parte de los padres y madres dentro del hogar (33%) hasta que reciben golpes por parte de los profesores en la escuela (7%), esta situación no excluye las peleas entre los mismos compañeros (63%) y las agresiones que se viven en la relación de noviazgo (21%). A todo esto se le suman las diversas formas de violencia que los padres y madres ejercen, en múltiples ocasiones, además suelen ser aberrantes como la indiferencia, la humillación, el encierro, la burla, la expulsión de la casa, la privación de comida y las demás variedades del maltrato que forman parte de la cultura en las escuelas y que se han descrito en los párrafos anteriores.

Casi el 25% de los y las adolescentes entre 12 y 17 años encuestados refieren haberse embriagado al menos una vez. Esta situación se da en el 28% en área rural y desciende en las áreas urbanas al 23%. En las regiones donde los adolescentes más se han embriagado es en la Sierra (28%) y en la Amazonía (31%). Los adolescentes hombres son quienes más se han embriagado (28%), las adolescentes mujeres también lo hacen, pero en menor porcentaje (21%).

El 21% de los adolescentes afirmaron que han probado cigarrillos. El porcentaje de los y las adolescentes en el ámbito nacional que afirman que en los alrededores de los centros educativos hay drogas es del 48%. El 29% de los y las adolescentes en edades que van de los 12 a los 17 años afirman haber visto a su grupo de pares estudiantes mientras consumían drogas (23).

Otro dato alarmante es que el homicidio entre los y las adolescentes de 12 a 17 años se ubica como la segunda causa de muerte evitable en jóvenes de este grupo (24). Una mirada a los datos de la serie histórica de 1997-2013, al revisar lo acontecido, específicamente entre los años 2000 y 2013, se hace evidente un aumento del suicidio en adolescentes. Al realizar un

análisis por sexo, el INEC registra que antes del año 2012, fueron las mujeres quienes fallecieron en mayor cantidad por esta causa. Por ejemplo, en el 2011, un significativo número de adolescentes del sexo femenino (174 mujeres) se quitaron la vida, frente a un número menor de hombres (138 varones). Después del 2012, la brecha se hace más corta, pues 88 adolescentes del sexo masculino se suicidaron frente a 77 adolescentes de sexo femenino. En el 2013 el comportamiento estadístico se mantiene, la data muestra que se suicidaron 69 hombres y 59 mujeres (25).

Una mirada hacia adentro de las generaciones se observa que se duplica el porcentaje de adultos jóvenes entre 18 y 29 años, que fallecieron a causa del VIH. En el año 2000, según el INEC (26), los que fallecieron a causa del VIH fue del 2%, mientras que, para el 2012, el porcentaje sube al 5%; esto se traduce en que la infección se contrae durante la adolescencia.

Asimismo, solo un porcentaje mínimo (1%) de mujeres no asiste a realizarse los controles de embarazo. En contraste, se encuentra que el 83% de las embarazadas acuden a la consulta y se realizan cinco o más controles durante el embarazo. El 16% de las embarazadas solo se realiza hasta cuatro controles. Un dato que se precisa destacar es que, en los últimos años, las embarazadas que se realizan más de cinco controles, viven en el área rural y las cifras se incrementan de manera favorable. Por ejemplo, en el año 2010 se reporta el 62%, mientras que, para el 2015, sube al 81%. La región Costa es la que tiene mayor porcentaje de embarazadas que acude a más de cinco controles durante el embarazo.

En las tres regiones se puede verificar este aumento. A continuación, se puede observar el incremento de las embarazadas que acudieron a más de cinco citas, comparando el porcentaje de asistencia en los años 2010 y 2015. En el 2010, la asistencia fue: en la Costa, el 75%; en la Amazonía, 64%, y en la Sierra, 72%. En tanto que, en 2015, en la región Costa subió a 84%,

en la Amazonía asistieron el 76% y, finalmente, en la Sierra, la cifra se incrementa en 10 puntos porcentuales, alcanzando el 82% (23).

Adicionalmente, se presenta la estadística de las embarazadas a quienes no les dieron el beneficio; por lo tanto, las que no recibieron hierro de forma gratuita de parte del Estado, a nivel nacional, fue el 13%. No se observan diferencias significativas al comparar las áreas rurales y las urbanas. En la región donde menos embarazadas recibieron hierro de forma gratuita de parte del Estado es en la Sierra, con un 83%. Por otra parte, se destaca que la cobertura del Tamizaje Metabólico Neonatal no llega a cubrir ni al 50% de los bebés (23).

A partir de la situación del perfil de la mortalidad, las enfermedades evitables continúan ocupando los primeros lugares en Ecuador y son el resultado, en parte, de los inadecuados estilos de vida alimenticios y, por otra parte, la falta de ejercicio. En tercer lugar, aparecen las causas imprecisas, 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 cardíacas, 2. Diabetes Mellitus, 3. Enfermedades cerebrovasculares, 4. Influenza y neumonía, 5. Hipertensivas y 6. Eventos de transporte terrestre (27).

En general, el país tiene un reto para abatir la desnutrición crónica, debido a la inequidad social y a las dificultades económicas que afectan a la población con mayor pobreza, colocando en jaque el potencial de desarrollo de las personas y de la sociedad en general.

Por otra parte, el sobrepeso y la obesidad constituyen serios problemas de salud pública que va en aumento afectando cada vez más a la población en el transcurso de su vida (28). Esto se debe en la mayoría de los casos, a los cambios en los patrones alimenticios, la baja actividad física y el impacto del sedentarismo en la población. Los efectos en las esferas económicas, biológicas y emocionales que generan el sobrepeso y la obesidad son tan

graves que han desencadenado enfermedades en la población vinculadas al estado nutricional que se sitúan como las primeras causas de muerte en el Ecuador, la desnutrición, la obesidad, diabetes e hipertensión (29).

En una mirada a los determinantes sociales (30), el 30% de los ecuatorianos no tiene accesibilidad al agua segura, inmediata, suficiente y sin contaminación con *Escherichia coli*; 14% no tiene con servicio sanitario apropiado, de uso exclusivo del hogar; y el 13% no cuenta con una instalación de agua entubada para realizar, al menos, el lavado de manos en el interior 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 (31).

Según los datos disponibles más recientes, la producción de alimentos nacional es mayor en un 8% que la necesidad calórica, entre el 2014 y el 2016 y que los cereales son la principal fuente calórica; sin embargo, por rubros, las carnes, aceites y grasas han incrementado su disponibilidad; pero la de las frutas, verduras y raíces ha mermado.

Lo alarmante en este caso es que la mengua de la disponibilidad de frutas y verduras dificulta el acatamiento a la sugerencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que es un consumo de al menos 400g de este grupo al día. Así también, otras recomendaciones del mismo organismo son que la ingesta de azúcar debería ser menor al 5% de las calorías por día; por lo que el consumo de azúcar requiere ser rebajada (32).

Otro factor alimentario significativo es la prevalencia de lactancia materna exclusiva del año 2012, el 44% de los niños mantienen la lactancia materna de manera exclusiva no mayor a los seis meses (33). Sin embargo, datos más recientes obtenidos en la Encuesta de Condiciones de Vida 2014 de envergadura nacional reporta un leve incremento de su prevalencia a 47%. Los lactantes que la reciben exclusivamente, el 53% lo hacen 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 (34). El 77% de las madres de procedencia indígena amamantan a sus hijos de manera exclusiva hasta antes de los 6 meses, en el caso de las madres autodenominadas montuvias y afroecuatorianas, la prevalencia es más baja, de 23% y 38,6%, respectivamente.

El mismo informe muestra que el nivel de instrucción de la madre con la práctica de la lactancia materna exclusiva señala que, a mayor nivel de instrucción materna, la probabilidad de lactar se reduce.

El 71,5% de niños entre 5 y 6 meses de edad consumen otras bebidas, práctica que no es recomendada por la OMS, sometiéndolos a riesgos innecesarios, ya sea que se enferman por alimentos contaminados o fómites insalubres utilizados para cocinar los alimentos o por interrupción parcial o total de la lactancia y en consecuencia sustituyéndola por fórmulas lácteas o ingesta de agua poco segura.

Acerca de la diversidad alimentaria mínima, se evidencia que más del 50% de los niños amamantados de los 6 a 11 meses de edad, además, ingieren alguna comida de los cuatro grupos alimentarios; esta tendencia aumenta entre los niños en edades de 12 a 17 meses, y es mayor entre niños de 18 a 23 meses. Los niños no amantados de 6 a 23 meses consumen al menos un tipo de carne y una clase de verduras y frutas al día; dichas proporciones van del 52% al 89%.

En este contexto, se estima que alrededor del 65% de los niños de 6 a 23 meses de edad ingieren alimentos fortificados o ricos en hierro, de los cuales el quintil más pobre es el que tiene el menor consumo (59,4%) (34). Por lo que se refiere a la situación nacional respecto a la salud adolescente, existe una inequidad que junta varios ángulos: elevadas tasas de embarazo, dos de cada tres jóvenes de 15 y 19 años no tienen educación formal, están embarazadas o son primíparas. La posibilidad de ser madres durante este periodo aumenta

entre las que son más pobres y desprotegidas, lo que destaca la necesidad de una intervención entre las instituciones y sectores del Estado con inherencia en el tema.

Concerniente al conocimiento sobre salud sexual y reproductiva, casi la totalidad de las mujeres en edades de 12 a 17 años saben sobre la transmisión del VIH; asimismo, existen diferencias significativas entre mujeres y hombres. El 93% identifica las vías de infección del VIH en el uso de jeringuillas o transfusiones sanguíneas, además el 71% reconoce la transmisión materno fetal.

El porcentaje es más bajo que el encontrado en una encuesta anterior (77%). En los hombres, la cifra es de 68%; también, el 60 % de los hombres y el 70% de mujeres saben sobre infecciones de transmisión sexual (ITS). El 70% de los adolescentes entre 12 y 17 años sabe cómo conseguir anticonceptivos; 68% de las mujeres que viven en el área urbana conoce sobre las ITS; el 65% son hombres del medio rural. Existen cifras similares por región, en la Costa, la Sierra y en la Amazonía, 66%, 65% y 63%, respectivamente.

En general, 58% de los adolescentes saben que el VIH puede transmitirse en los baños, 37% considera que puede contagiarse mediante besos. El conocimiento sobre la transmisión vertical ha bajado 8% (76% a 68%) en el caso de los hombres (23).

Por otro lado, y como parte de una valoración de la situación familiar, el entorno local contiene elementos más o menos homogéneos con relación a la situación nacional. Entre ellos se puede mencionar que en el entorno social y en el sistema de educación formal, de forma general, se habla de educación sexual cuando pasan de la niñez a la adolescencia. Usualmente se trata de una materia que dictan los docentes, o ciertas instituciones que tienen la capacidad para ello, en este sentido, el papel de la familia, que debería ser la primera fuente de formación y educación en el tema de sexualidad, pasa a un segundo plano.

Aunado a esto, vale destacar que, en muchos casos, el contenido se reduce a información que tiene que ver con lo biológico o se reduce a la genitalidad, sin tomar en cuenta las otras cuatro dimensiones de la persona (intelectual, psicológica, social, y trascendente). Considerando también el uso de metodologías poco adecuadas donde la educación sexual, se convierte en una materia más que se requiere memorizar (35).

Por otro lado, según el perfil epidemiológico del 2017, se destacan las causas de muerte requieren la acción específica de la disciplina de Enfermería (36):

1. En los últimos cinco años, hasta 2016, los nacidos vivos registrados (NVR) presentan una baja; no obstante, en 2017 se observa un aumento de este hecho vital de 288.123 nacidos vivos. Aunque la tasa de nacimientos no es considerada tan alta, puede revelar la insuficiencia de las estrategias en planificación familiar.

2. La tasa de natalidad es de 17,2 NVR por cada 1.000 habitantes y representa un declive en las dos últimas décadas, pero con un leve aumento respecto al año anterior. La tasa específica de nacidos vivos de madres entre 10 y 14 años es equivalente a 2,8 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres que se encuentran en ese mismo grupo etario. Asimismo, la tasa específica de nacidos vivos de madres adolescentes de 15 a 19 años corresponde a 70,1 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres en ese mismo rango etario, y discurre sin mayor variación en el periodo señalado.

3. Con relación al porcentaje de NVR por asistencia sanitaria del parto, es de 96%, la mayor cifra histórica de los establecimientos de salud del sector público que atendieron el 72,3%. Sin embargo, es importante destacar que los estándares del país relacionado a las cesáreas al 10% sugerido por la OMS (37–39) son cuatro veces mayor en las instituciones públicas (35,8%), en el sector privado es casi ocho veces más (79,1%). Es así como 62% sobre el total de NVR, fueron atendidos en establecimientos

que pertenecen 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, comparado con el país en su conjunto.

4. Acerca de la tasa general de mortalidad, hay un descenso paulatino en la razón de mortalidad materna es de 42,8 por cada 100.000 NVR, por su parte que la tasa de mortalidad infantil es de 9,7 menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos, y la tasa de mortalidad neonatal es de 5,6 neonatos menores de un mes por cada 1.000 NVR. Por su parte, la tasa de mortalidad en niños menores de 5 años es de 11,9 niños por cada 1.000 NVR. Las tres se incrementaron levemente respecto al año anterior.

5. Las enfermedades isquémicas cardíacas son las principales causas de mortalidad, siguen en orden decreciente de ocurrencia la Diabetes mellitus, las enfermedades cerebrovasculares, la Influenza y neumonía, las enfermedades hipertensivas y los accidentes de tránsito terrestre. Las diferencias de mortalidad por género se evidencian en que los accidentes de tránsito terrestre representan una causa importante de muerte solo en los hombres.

6. En relación con las muertes infantiles, 50% son causadas por algunas afecciones que se originaron durante el embarazo, 25% ocurren por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. Por su parte, 50% de las muertes fetales ocurrieron por hipoxia intrauterina, no especificada. De este grupo, la mayoría ocurrió en mujeres de 20 y 34 años, y 17% ocurrieron en adolescentes.

7. En la región Sierra ocurrieron 11.969 NVR con bajo peso que representan el 9,8% del total de esa región, luego sigue la Región Costa donde se registra un porcentaje de 8,5% y en la región Amazonas 5,9%.

8. Respecto a las tasas de embarazo adolescente, el grupo de 15 a 17 años tiene una tasa específica de embarazo ocho veces superior a la de 12 a 14,

Morona Santiago exhibe la mayor tasa (cerca de 90 por 1 000 adolescentes y en Orellana a 93. Asimismo, en Sucumbíos es de 82 y en Pastaza 81, en Napo la tasa de embarazo es de 78 y, finalmente, Zamora Chinchipe con 71 por 1.000. Del grupo de edad de 15 a 17 años, estas son las provincias con menor tasa, dentro de las provincias amazónicas (40).

9. Sobre la misma cuestión, el cotejo de la evidencia sobre el problema realizado por la Nación se desprende que las metas y los objetivos en salud materna, principalmente en lo tocante a la mortalidad y el embarazo adolescente, no han tenido el impacto esperado. En este tema, los programas y estrategias dentro del sector salud y en concurso con otros para paliar la problemática apuntan a disminuir la tasa de nacimientos en niñas y mujeres adolescentes entre 10 a 14 años (41). Para el 2016, 2.115 niñas con edades comprendidas entre 10 y 14 años y 23.809 jóvenes con edades comprendidas entre 15 y 17 años tuvieron un hijo (42). La problemática de la niñez y de la adolescencia ecuatoriana tiene raíces históricas, así lo denuncia un estudio nacional (40), al verlo desde el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible planteados en el 2015 (30, 43, 44) (ODS, ONU) y reforzados por las conferencias de promoción de salud de la OMS, revela que (45) han sido insuficientes los esfuerzos ejecutados por el Estado, pues aún subsisten retos para alcanzar la agenda 2015 – 2030 de la ONU.

Por otro lado, entre los objetivos que requieren de la implementación de esfuerzos serios y sostenidos para lograr su cumplimiento se encuentran (23): eliminar la pobreza, poner fin al hambre, garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades, lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas, garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos.

En otro orden de ideas, el cuidado de los niños menores de cinco años es una responsabilidad

que recae, en la mayoría de los casos, sobre las madres, que requiere altos niveles de esfuerzo y dedicación. La mejor estrategia para la crianza y la resolución de problemas en los temas que se presentan en la niñez y adolescencia es el diálogo. El desarrollo de las políticas del Estado en los ámbitos de salud, así como el enlace intersectorial con educación, han contribuido al incremento de la calidad de vida de niños, lo que se puede traducir a que los niños superarán el nivel educativo de sus padres. Sin embargo, el nivel de violencia social sigue siendo muy alto y temas como la pobreza y la inequidad no se han resuelto.

Desde el punto de vista de la tipología familiar, los hogares identificados como nucleares, donde viven madre, padre e hijos, han aumentado en los últimos 15 años. Así que, en el año 2000, formaban el 54% del total, hoy día alcanzan 60%. Las familias monoparentales aumentaron del 8%, en el año 2000, al 12% para el año 2015. En este sentido, la estadística muestra que los hogares extendidos descendieron del 23% en el año 2000, al 17% en el 2015. En casi el 80% de los hogares, el jefe de la familia es un hombre y el 20% es una mujer.

El 29% de los niños y adolescentes viven en hogares donde la figura paterna no está presente. Esta cifra es superior a los hogares que viven sin la mamá (6%); además, en 35% de los hogares, las madres están separadas del padre de sus hijos. El 22% de los niños no vivían con su mamá porque ella había migrado fuera del país o al interior de él. En el peor escenario, el 12% de los niños nunca conocieron o vivieron con su mamá.

Otro aspecto que merece destacar es la accesibilidad a la educación de las y los jefes de hogar por etnia. Es preciso hacer referencia a las marcadas desigualdades que se presentan entre los distintos grupos que habitan en el país. Las y los jefes de los hogares indígenas son desfavorecidos, pues presentan los niveles de instrucción más bajos, a saber: el 11% no posee ningún nivel educativo, el 2% solo asistió a un

centro de alfabetización, el 47% tiene estudios de educación primaria y el 25% tiene estudios secundarios. Un pequeño porcentaje (9%) accedió a la universidad y el 1% tiene un título de cuarto nivel (23).

Dada su configuración geográfica del país, no se puede obviar la situación de riesgo por su vulnerabilidad; entre 180 países, Ecuador se encuentra en el puesto 60 con un índice de riesgo alto, en cuanto a la exposición a desastres. Asimismo, refleja valores medios de vulnerabilidad, susceptibilidad, falta de capacidad para afrontar un evento natural adverso y capacidades de adaptación post-evento (46, 47).

Ecuador está ubicado en una de las zonas de mayor complejidad telúrica debido a la alta actividad sísmica que generan las placas de Nazca y Sudamérica. Tal actividad geológica se manifiesta no solo en la actividad sísmica que generan, sino también en la actividad de algunos de sus volcanes. Adicionalmente, existe la posibilidad de experimentar otros tipos de fenómenos como los tsunamis. La zona de Convergencia Intertropical en la que se encuentra produce amenazas hidrometeorológicas como sequedad, inundaciones, heladas, tempestades, efectos del coletazo del fenómeno del Niño, por mencionar algunos. Dadas sus condiciones geomorfológicas, sufre procesos como flujos de lodos y erosión, así como deslizamientos que impactan negativamente la sociedad.

La intervención del humano sobre el entorno físico, y la desconsideración o inobservancia de inminentes amenazas generan vulnerabilidad. La vulnerabilidad es el grado de probabilidad que se tiene de sufrir un daño, producto de las manifestaciones físicas que tienen su origen en la naturaleza o lo antrópico. Por lo tanto, depende de la predisposición o susceptibilidad económica, física, social o política que posee cada asentamiento humano de verse afectada o sufrir efectos adversos en el caso que se presente un fenómeno peligroso de origen antrópico, natural o social.

Gracias a una topografía poco regular, adicionalmente ha sufrido una deforestación importante; todo ello pone en una situación de elevada vulnerabilidad a aquellas poblaciones que se encuentran asentadas en los terrenos con esas características. Los problemas que presenta Ecuador no solo se crean las áreas rurales, también se presentan en ciudades, debido a que algunos asentamientos urbanos se ubican precisamente en zonas de riesgo alto por labilidad de las construcciones, precariedad de servicios básicos, la inestabilidad de los suelos, las pendientes y la deforestación.

Por su parte, el área urbana se ve constantemente amenazada por el taponamiento de las quebradas como consecuencia de la inadecuada disposición de desechos sólidos, así como la construcción de viviendas en laderas. Todo ello genera mayor vulnerabilidad a los eventos climáticos.

Lo descrito anteriormente deja de manifiesto que la exposición a riesgos naturales y antrópicos son consecuencia de un proceso social poco planificado, así como es otro proceso social el que debe reducirlos. Un dato alentador es que Cañar, visto como cantón o como provincia, es considerado de muy bajo riesgo para los desastres naturales (48).

La nueva enfermedad de coronavirus de 2019 (covid-19) ha invadido el mundo con miedo, ansiedad y confusión, y esto se está extendiendo tan rápido como el virus. Con la disponibilidad de datos desglosados por edad, las primeras indicaciones son que el virus, como la mayoría de los otros virus en el pasado, ha sido particularmente grave en las personas mayores. Los administradores de salud pública tienden a monitorear y evaluar las respuestas epidémicas al observar las tasas de mortalidad generales y, cuando estén disponibles, las tasas de mortalidad específicas entre niños y adultos “sanos”.

En este momento histórico, es imposible no incluir la situación de emergencia que vive la salud pública mundial y nacional. Desde diciembre de 2019, Wuhan, China, ha

experimentado un brote de la enfermedad por coronavirus 2019 (covid-19), causada por el grave síndrome respiratorio agudo coronavirus 2 (SARS-CoV-2) (49).

En las más recientes tendencias, Estados Unidos y la región latinoamericana superan a Europa en número de casos, mientras que los países del segundo grupo lideran el número de infecciones diarias. Esto significa que este continente será el nuevo epicentro de la pandemia. En Sudamérica, hay especial preocupación porque el número de casos nuevos reportados en Brasil (un país fronterizo con Ecuador) lo ubican como el segundo país del mundo en muertes por día (50).

Sin evidencia sólida sobre tratamientos efectivos y sin una vacuna disponible, el distanciamiento social y otras medidas preventivas agresivas siguen siendo la mejor apuesta para prevenir las consecuencias más graves de la pandemia de covid-19 en la región (51).

Para que sean efectivas y duraderas, las medidas sociales y de salud pública para frenar o detener la propagación del virus deben implementarse con la participación plena de todos los miembros de la sociedad. La OMS ha descrito cuatro niveles de transmisión con diversas medidas sociales y de salud pública según la evolución local de la pandemia (52).

En enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que el brote de una nueva enfermedad por coronavirus, era una emergencia de salud pública de preocupación internacional. La OMS declaró que existe un alto riesgo de propagación a otros países del mundo. En marzo de 2020, la OMS hizo la evaluación de que covid-19 puede caracterizarse como una pandemia. La información tan prolija sobre el tema, disponible en todas las formas de comunicación posible, provocan ansiedad o angustia (53).

El 29 de febrero de 2020, se confirmó el primer caso de coronavirus en Ecuador. Al 1 de octubre de 2021, se registra 509.238 pruebas

positivas para covid-19 y 32.762 fallecidos en el país. Aunque no se encuentra entre las primeras provincias con casos, la provincia de Cañar reporta 3.632; sin embargo, Guayas, que es la segunda, es aledaña a la provincia y la enfermedad se esparce rápidamente por todo el país (54).

Es bien conocido que los adultos mayores, especialmente en aislamiento y aquellos con deterioro cognitivo-demencia, pueden volverse más ansiosos, enojados, estresados, agitados y psicológica y socialmente aislados durante el brote o durante la cuarentena. Mas si tiene una condición de salud subyacente, según la información actualmente disponible y la experiencia clínica, los adultos mayores y las personas de cualquier edad que tienen afecciones médicas subyacentes graves podrían tener un mayor riesgo de enfermedad grave por covid-19.

Según la información más reciente, las personas con alto riesgo de enfermedad grave por covid-19 son (55):

- Personas mayores de 65 años.
- Personas que viven en un hogar de ancianos o en un centro de atención a largo plazo.
- Personas con enfermedad pulmonar crónica o asma moderada a severa.
- Personas que tienen afecciones cardíacas graves.
- Personas inmunocomprometidas.
- Personas con obesidad severa (índice de masa corporal [IMC] de 40 o más).
- Personas con diabetes.
- Personas con enfermedad renal crónica sometidas a diálisis.
- Personas con enfermedad hepática.

En el periodo de vida del adulto mayor, la situación puede agravarse, coexisten mayores limitaciones para acceder a bienes, servicios y

recursos de subsistencia y se incrementan las necesidades de cuidado. Este grupo tiene las siguientes características en el país: 45% en condiciones de pobreza y extrema pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas (424.824), el 42% vive en áreas rurales (395.180), 14,6% de hogares pobres se compone de un adulto mayor viviendo solo (56), 14,9% son víctimas de negligencia y abandono; además, el 74,3% no accede a seguridad social de nivel contributivo (57).

Sin embargo, se ha identificado que las personas mayores en general tienen una mayor susceptibilidad a los efectos de las epidemias (58). Esto probablemente se deba a su disminución de la inmunidad, contribuida en parte por la fisiología del proceso de envejecimiento y más específicamente debido a las condiciones comórbidas existentes.

Todos sabemos que el proceso de envejecimiento puede obstaculizar las habilidades cognitivas con respecto a la velocidad de procesamiento, la flexibilidad cognitiva, la capacidad de extraer inferencias de una variedad de información y la capacidad de concentrarse (59).

Por otro lado, a medida que aumenta el número de muertos por covid-19, particularmente entre las personas mayores, las oportunidades de apoyo social y los rituales en torno a la muerte se han limitado. Esto afectará la forma en que las personas procesan su dolor y puede tener consecuencias duraderas después de que haya pasado lo peor de la pandemia. El reconocimiento de la comunidad y el apoyo al duelo requerirán nuevos enfoques dentro del contexto de la era covid-19 (60).

La epidemia afecta la salud de las personas y la calidad de vida relacionada con la salud; si la situación es que se contagia, entonces tienen una mayor probabilidad de depresión y una calidad de vida más baja en comparación con quienes no. La información en salud muestra un efecto protector sobre la depresión y la calidad de vida durante la epidemia.

Adicionalmente, durante la actual pandemia mundial de covid-19, los adultos mayores están particularmente excluidos de la sociedad en persona por un lado y, por otro lado, los adultos mayores pertenecen al grupo de población que a menudo están excluidos de los servicios digitales porque optan por no usar nuevas tecnologías (por ejemplo, teléfonos inteligentes, internet, tabletas). Esta participación digital que falta también incluye varios servicios y contenidos en línea específicamente útiles, como información de salud, eventos sociales digitales y redes sociales u oportunidades de compras en línea. La no participación en el mundo digital podría conducir a un doble sentimiento de exclusión social en tiempos de distanciamiento físico (61).

Considerar cómo la pandemia afecta a los adultos mayores, las partes interesadas, incluidos los hospitales, los sistemas de salud y los encargados de formular políticas, consideran los fundamentos éticos que deben tenerse en cuenta al desarrollar estrategias para la asignación de recursos escasos durante una emergencia que involucra a adultos mayores. En el marco de las consideraciones legales y éticas en aspectos como: 1. La edad como factor determinante, 2. Edad como desigualdad, 3. Criterios con un impacto diferencial en los adultos mayores, 4. Elecciones individuales y directivas anticipadas, 5. Disparidades raciales/ étnicas y asignación de recursos, y 6. Sistemas de puntuación y su impacto en los adultos mayores (62).

b. Contexto zonal

En este apartado se hace un sumario del área de planificación en la cual se encuentra el cantón Cañar, en vista que sus egresados pueden conformar la fuerza de trabajo de las instituciones públicas de salud y particulares de esta (63):

La tasa de natalidad de la zona es de 24 nacidos vivos por cada mil habitantes. En Azuay, este indicador es de 20; en Morona Santiago, 45, y en Cañar es de 10. La tasa de mortalidad general

zonal es de 4,2 personas fallecidas por cada mil habitantes. Esta tasa supera a la nacional, que es de 4,1. La tasa de Azuay es de 4,3, y la de Cañar, 4,7; datos que superan a la cifra nacional y de la Zona; en Morona Santiago, ese indicador es de 2,8.

La tasa de mortalidad infantil que se reporta en la Zona es de 9,1 por cada 100.000 niños nacidos vivos; en el Azuay, es de 10,3, superando la tasa nacional que es de 10,1; seguidamente, se tiene la de Cañar de 7,6 y, finalmente, la de Morona Santiago es 6,2, dato que no supera a la media nacional y de la Zona. En la misma área, la tasa de mortalidad materna es de 86,3 por cada 100.000 nacidos vivos, dato que supera a la nacional de 60,2.

En general, la provincia del Cañar registra una tasa mortalidad materna de 142,1; llama la atención que es la más alta de la Zona, le sigue la de Morona Santiago de 116,3 y, por último, Azuay de 56.

Tal como lo muestran los registros que reposan en los anuarios de Estadísticas Vitales del INEC, la tasa de morbilidad general para la Zona 6-Austro es de 91,1 personas fallecidas por cada mil habitantes, cifra que supera a la tasa nacional de 74,5. La tasa de morbilidad general en Morona Santiago es de 105,6, en Cañar es de 94,2 y en Azuay es de 87,1. Las principales causas de morbilidad de Cañar y de Azuay se describieron en párrafos anteriores. En Morona Santiago, son: enfermedades respiratorias, síntomas, signos y hallazgos de anomalías clínicas, enfermedades del sistema circulatorio y tumores.

En otro orden de ideas, según la Agenda de Transformación Productiva Territorial de Azuay, Cañar y Morona Santiago, publicada por el Ministerio Coordinador de la Producción, Empleo y Competitividad en mayo de 2011, la desnutrición crónica afectó a 53% de niños menores de 5 años en la Zona 6: 59% en Cañar, 57% en Azuay y 42% en Morona Santiago. Estos índices superan la media nacional que reporta el 26% (64).

c. Contexto regional: provincia Cañar

El ámbito de influencia indirecta o contexto regional de la carrera de Enfermería de la extensión Cañar lo representa la provincia del mismo nombre. Desde el punto de infraestructura, se deduce que el acceso que se tiene a los servicios básicos no es igualitario, la salud y el bienestar de los habitantes se ve influenciado por el lugar de residencia. El 82% de los hogares tiene abastecimiento de agua de la red pública; sin embargo, solo el 60% dispone de una red de tubería que llegue dentro de la vivienda, lo que evita la contaminación del agua de consumo.

En general, el 42% del cantón tiene una cobertura de agua por tubería dentro de las viviendas; este porcentaje es mayor a la de la provincia en su conjunto. En contraposición, en las zonas rurales donde vive la mayor población del cantón y una buena proporción de la población de autoidentificación indígena muestra un rezago considerable. La cobertura de agua entubada dentro de la vivienda es dos veces menor en los hogares campesinos e indígenas, en comparación con la zona urbana.

Los niveles de pobreza multidimensional que existen en la provincia están por encima del promedio nacional, la producción agropecuaria y minera en la zona occidental de esta provincia se asocian a la contaminación del recurso hídrico, su utilización y su deforestación generan déficit hídrico.

Las causas de morbilidad más frecuentes en Cañar y Azuay son las enfermedades que afectan: el sistema circulatorio, los tumores y las infecciones respiratorias; asimismo, la desnutrición crónica afectó a 59 % en Cañar (65).

Otros problemas vinculados a la actividad económica preponderante es el uso de agroquímicos de manera indiscriminada, lo que afecta considerablemente la salud de las familias. La tasa de mortalidad es de 336,39 por 100.000 habitantes en promedio, este valor es

menor a los registrados a nivel de la provincia y a nivel nacional. El Hospital Luis F. Martínez es el principal centro de salud donde asisten la mayor parte de los habitantes a recibir atención sanitaria. Para el 2018, se reportó una muerte materna ocurrida en el puerperio tardío, de procedencia rural.

La prevención de las enfermedades gastrointestinales, especialmente de los niños, se da básicamente por el tratamiento que se le proporciona al agua para beber. Sólo entre los hogares de familias de emigrantes, la proporción de personas que toma precauciones al beber agua tiende a ser un poco mayor en relación con el promedio cantonal (43%). En el cantón, esta costumbre permanece limitada, ya que, en 6 de cada 10 hogares, no le realizan tratamiento alguno al agua que consumen, es decir que la mayoría de las personas consumen el agua como llega a su casa.

En el cantón, el analfabetismo de las mujeres en edad fértil es del 7%; o sea que hay la probabilidad de que sus hijas e hijos pueden estar en riesgo de lograr un desarrollo inadecuado de sus facultades motrices e intelectuales a causa de la exclusión educativa que han vivido sus madres. Si la madre es indígena o campesina, la vulnerabilidad de los niños se incrementa. El porcentaje de mujeres indígenas que se encuentran en edad fértil que no sabe leer ni escribir es de 13%, en contraste con el 3% de las mujeres mestizas; así también, más del 50% de las mujeres campesinas de 12 a 49 años son analfabetas.

Adicionalmente, los niños cañarenses son víctimas históricas de la emigración de sus padres, especialmente de la ausencia paterna o de ambos progenitores; generalmente los emigrantes residen en el área rural (66). Además, tienen un riesgo alto de desnutrición, los datos más recientes evidencian que el 33% de los niños menores de cinco años ha crecido de manera insuficiente para su edad, un indicio de malnutrición prolongada en el tiempo. El promedio nacional es del 18%; en el caso de

los niños de orígenes campesino e indígena, el riesgo se eleva considerablemente, es de 37% y 42%, respectivamente.

Referente a los hijos de emigrantes del cantón, el 20% de los adolescentes ya habían experimentado relaciones sexuales, la mayoría la experimentó entre los 15 y 17 años; encontraron que existe 1,5 veces más probabilidad de que los adolescentes inicien su actividad sexual cuando sus padres han emigrado. Asimismo, se encontró que el 60% no posee el conocimiento suficiente sobre salud sexual y reproductiva, y el 70% no ha asistido a una consulta por sexualidad en el centro de atención de salud (67).

En el mismo grupo poblacional, el 7,5% de los que tenían padres que hayan emigrado presentaron depresión. En cuanto al lugar de residencia, el 6,25% de los jóvenes que presentan depresión viven en el sector urbano y el 1,25% residen en el sector rural; en relación con el sexo como variable sociodemográfica, encontraron que el 5% de los jóvenes con depresión son hombres y el 2,5%, mujeres; por último, en la variable, poseer uno o los dos padres en migración, el resultado fue que el 5% de los adolescentes que presentaron depresión tenían a su padre fuera del hogar por migración; el 1,25% tenían a su mamá fuera del país y el 1,25% a ambos padres.

A pesar de que la prevalencia de adolescentes depresivos es baja, es evidente una relación entre tener a los padres en migración y sufrir depresión, es posible que esto se deba a que la falta de alguno de los padres o ambos genera dificultades emocionales (68).

Otros estudios realizados por la UCACUE revelan que hasta el 67% de las mujeres gestantes desconocen sobre qué vacunas deben ser administradas durante su periodo de gestación (69).

Concerniente a los adolescentes, son catalogados como vulnerables y, por lo tanto, merecedores de atención prioritaria (70). Un estudio con población de la provincia de Cañar estableció que los determinantes sociales que inducen el

embarazo son: la etapa tardía, el escaso nivel académico, la etnia mestiza, las uniones libres, el estado socioeconómico medio bajo y bajo, ser ama de casa, vivir alejado del centro de salud, migración de uno de los padres, consumo de sustancias psicoactivas, abandono escolar, antecedente de embarazos previos y presentar disfunción familiar (71).

En el mismo ámbito, Cañar tiene las tasas de médicos insertados en la red de salud pública a niveles ligeramente menores a los niveles nacionales; en el caso de psicólogos, odontólogos, auxiliares de enfermería y enfermeras, son mayores a las que se tiene a nivel nacional, con excepción de los obstetras. Existe 79% de pobreza en la población según el método de necesidades insatisfechas en salud, vivienda, empleo y educación. Asimismo, 45 de cada 100.000 niños, niñas y adolescentes convivían en hogares inmersos en pobreza multidimensional para el año 2016, la obesidad en adolescentes es de 1,4%, muy por debajo del promedio nacional. Es una de las doce provincias que tiene las tasas de homicidio de jóvenes en edad adolescente, inferior a la media nacional, oscila entre 0,30 y 1,8 por 100.000 adolescentes (72, 74).

En otro orden de ideas, el maltrato infantil que recorre rampante en el país también impacta negativamente en la provincia, los orígenes de maltrato infantil en la provincia son: familias pobres, la emigración y el nivel de estudios de los padres (75). A nivel de la provincia de Cañar, que seguro son reflejo del cantón, la desnutrición crónica infantil es de 35%, habiendo descendido solo 5% en un decenio, con valores cercanos al nacional (76).

d. Contexto local: cantón Cañar

La población que configura el contexto inmediato o de influencia directa es de 68.185 habitantes del cantón Cañar, cuyo 53,5% viven en zonas rurales. En él, coexisten una diversidad de tratamientos ancestrales que se practican en días preferenciales y se transmiten

por generaciones. Se observa un mestizaje en la medicina ancestral, los sanadores no se sienten involucrados (77).

Extensión territorial

La cultura Cañari comprendía antes lo que son actualmente las provincias de Azuay y Cañar, una parte del sur de la provincia de Chimborazo, así como El Oro, Morona Santiago, Guayas y Loja. Culturalmente, los límites estaban demarcados por: al norte, la etnia Puruhá; al sur, los Zarzas y los Paltas; al oriente, Shuaras y Quijos, y, al occidente, Quevedo y El Milagro. Todo esto conformaba lo que se denominaba la Gran Región Cañari y estaba formada por 25 pueblos, gobernados por señores cañaris, caciques y también otros de menor importancia.

Fueron 25 tribus las que formaron la confederación de los Cañaris: Azogues, Ayacanes, Burgayes, Bambas, Chuquipatas, Cañaribambas, Cumbes, Cinubos, Girones, Guapanes, Hatún-Cañares, Gualaceos, Molleturos, Manganes, Pautes, Racares, Pacchas, Plateros, Sigsis, Sayausies, Sisides, Tadayes, Tomebambas, Tarquis y Yunguillas (78).

Los Cañari del cantón, de la provincia y de otras zonas aledañas son parte de la nación Kichwa, que es una de las 14 nacionalidades ecuatorianas, las mismas mantienen sus propios territorio, idioma, costumbres y tradiciones. Su lengua es el kichwa (quichua, tomando en cuenta que la w no es una letra de origen castellano); al igual que otros idiomas originarios, es aglutinante. “Esto quiere decir que a partir de una palabra base (raíz de la palabra), se puede agregar una o varias partículas que añaden más significados. Estas partículas se llaman morfemas ligados porque están junto a la raíz” (79).

Idioma

Aún existe una gran proporción de la población que utiliza el idioma nativo. El idioma kichwa unificado tiene un alfabeto conformado por 3

vocales y 15 consonantes (80). El origen de su nombre, al decir de Burgos, se le debe a Huayna Cápac (emperador inca durante el periodo de 1493 a 1525), arriba a las tierras del Hatun Cañar, cuya altitud es de 3.200 metros, donde se produce un clima frío acentuado (81); ante lo gélido de la temperatura, el gobernante expresa con la palabra “cañari” una metáfora que podría ser un referente legendario. Dice: “En esta tierra hace un frío que quema”.

Visto en el kichwa que manejaban los doctrineros del XVI, ‘frío que quema’ quiere decir ‘cañari’. Posteriormente, cañari es una denominación más conocida que usaron ampliamente los incas para referirse a “guardias” o “soldados” (82).

Cañar es un asentamiento humano claramente multiétnico, dado el éxodo de sus habitantes originarios a Bolivia y Perú por orden y subordinación inca, además de la mezcla en muchos ordenes con los mitimaes traídos por Atahualpa. Además, serían diezmados por la ocupación española y por las epidemias traídas por ellos, como son el sarampión y la viruela (83). Más adelante, sufrieron la inmigración de tributarios foráneos, provenientes de otras provincias que eludían las imposiciones coloniales, por un periodo cercano a los 200 años. Otra versión de la cosmogonía se representa en dos vocablos can (culebra) y ara (guacamaya).

Imaginario colectivo cañari

Como parte de su cosmovisión, que, según el Diccionario de la Lengua Española, es la visión o concepción global del universo (84), la tierra es la totalidad de su mundo, al cual se sentían enraizados, consideraban que en la naturaleza no hay opuestos, más bien los unos intervienen en favor de los otros. Todos los elementos son actores porque tienen alma; por lo tanto, poseen virtud y poder. De igual manera, una fe en el futuro y en la necesidad de asistir a los muertos con plegarias, oraciones y ofrendas. En su teología, consideraban que Dios estaba en todas

las actividades, que no existía violencia por lo que su respeto hacia la naturaleza es sacro (85).

El pueblo Cañari tiene su historia (otrora, Guapondélig) comenzó en la organización social de pequeñas comunidades llamadas *ayllus*. Los ayllus eran grupos que se unían a través de lazos, tradiciones, costumbres y por la familia. Estos grupos representaban el núcleo de la sociedad Cañari. Con el transcurrir del tiempo, incursionaron en diferentes actividades económicas como la agricultura, la metalúrgica y la textilera. Las artesanías y objetos encontrados en su territorio eran elaborados en cerámica, productos de metalurgia y textilera manufacturadas. Todo ello cuenta parte de su historia (85).

La guacamaya y la serpiente son los tótems del pueblo Cañari. Ellos son representados en la geografía antigua, así como en las esculturas. En el suelo donde hoy se erige la moderna Cuenca, por ejemplo, en el arroyo Buzalucay, llamado inicialmente Ullaguanga y posteriormente Gallinazo, que contiene a la serpiente, y Paucarbamba el valle en donde se fundaría la ciudad que tiene al papagayo o paucar.

No obstante, existen otros animales que se deben tener en cuenta para abordar sus creencias religiosas. En este mismo orden de ideas, en la actualidad, se registran los lugares sagrados de culto de origen inca y cañari, como Culebrillas, Cojitambo, Molleturo, entre otros, así como también todos aquellos donde había oráculos, como el Turi, llamado también Bullachuma, Guagualchuma, Guayquichuma y Ganachuma. También las prendas rituales femeninas que usan hoy día, cuentan con nombres cañaris (86).

El pueblo Cañari se incorporó al imperio Inca alrededor del 1460, bajo el imperio de Pachacutic Yupanqui, conocido como “El reformador del mundo”. Con sus caciques al frente de sus pobladores, parte de sus poblaciones se trasladaron a distintos sitios del Tawantinsuyu. Con estas migraciones, la región se enriqueció por la presencia de personas de una variada procedencia geográfica, de

diferentes ocupaciones y diversa condición social. Se dieron cambios con la construcción de edificaciones de carácter militar, civiles y religiosos, así como la construcción de caminos que se incluyeron dentro del sistema vial del *Qhapaq Ñan* (87).

La historia incásica se erige como uno de los precedentes históricos más importantes que influyeron en el desarrollo de la cultura cañari. El proceso colonizador inca sometió bajo su dominio al pueblo cañari, generando un proceso de aculturación de manera drástica y violenta. Todo ello repercutió directamente en dos aspectos importantes: 1. La implementación de una sociedad y una economía centrada alrededor de la autoridad del inca, 2. La difusión e imposición del idioma kichwa (88).

Vocación de la actividad comercial

Una característica de esta zona es ser eminentemente agropecuaria, esta actividad milenaria ha sido practicada y transmitida de generación a generación, dando como resultado la consolidación de una cultura agrocéntrica; dicho en otras palabras, la cultura de producción agropecuaria se convierte en el carácter holístico de su ser, toda vez que los sistemas productivos se constituyen en la vida misma para las familias indígenas, ya que representan la principal fuente de ingresos y alimentos: lo que les garantiza la reproducción social y la sobrevivencia.

No obstante, por las características sociales y económicas del país, los sectores agrícola y pecuario atraviesan también una honda debacle y desvalorización debido a que la mayoría de los ingresos que generan estos dos rubros no cubren los precios de su producción, generando incidencia directa en la agudización de la indigencia y la pobreza del sector campesino.

Aunado a lo anteriormente expuesto, se encuentra la disminución de la competitividad del sector agropecuario, con relación a la oferta regional que desplaza casi en todos los rubros de la producción local, lo cual induce el desempleo

y genera una gran migración de la población rural hacia la población urbana (89).

Acervo gastronómico

Cañar cuenta con una zona donde predomina la producción de la caña dulce y la elaboración de cierta bebida alcohólica; esta reemplazó a la chicha, que era la bebida tradicional. En relación con la chicha, se precisa acotar que representa una manifestación de comunicación con la Pachamama. El hecho de repartir la chicha en los descansos y al culminar una obra o tarea, era una auténtica representación de relación con la Pachamama. En su imaginario social o *mama Sara*, es un alimento codiciado y hasta festivo porque simboliza abundancia, feminidad y fertilidad. La chicha de maíz, o también conocida como vino de la población indígena, estaba presente en todas las fiestas de la región. Más tarde, esta tradición fue reemplazada por el consumo de alcohol que mezclan con una variedad de condimentos.

Existe la creencia que, en el momento de la producción, cuando el maíz está brotando, la tierra está embarazada, por lo que la gente camina despacio. Los varones son quienes preparan a la madre Tierra abriendo los surcos con yuntas, por otra parte, las mujeres son quienes siembran a la *mama Sara*. Ellas lo hacen cargando la huahua y aunque no tengan a su propio hijo, existe la creencia que, así cargando a la huahua, germinan bien las semillas de maíz. En su imaginario colectivo, es el hombre quien fecunda a la Pachamama.

La cosecha de maíz, *mama Sara*, se debe conservar para el sustento de todo el año. Esto los llevó a desarrollar técnicas de conservación. Por lo general, al maíz lo guardan en taqui, que no son más que canastas grandes, así como en enormes tinajas de barro que son colgadas a la entrada del techo de la casa. La forma de conservación puede ser desgranado y también en huayunca (90). La papa y el mote son comidas apetecidas por los Cañaris, y constituyen parte

de sus platos típicos, que generalmente se ofrece en la celebración de ciertas ceremonias rituales como cosechas, sembríos, construcción de viviendas, bautismos, matrimonios, funerarias, entre otros.

Por medio del maíz se mantiene una relación con otras poblaciones o comunidades. En otras palabras, quienes solo producen papa se ven obligados a acudir al intercambio de productos o trueque, para obtener el maíz. El indígena considera que siempre debe tener maíz, aunque viva en los páramos. El excedente de este rubro se comercializa para conseguir dinero y poder comprar otros productos que consiguen en las ciudades como pan, fideos, arroz, ente otros (80).

Festividades

En el cantón Cañar, las organizaciones provinciales y parroquiales con el apoyo de las comunidades, organizan las fiestas importantes para los pueblos indígenas que son:

El *Killa Raymi*. Se celebra en septiembre. Es una fiesta en homenaje a la madre Luna, a la madre Tierra y a la mujer. Se celebra en el sector de Coyoctor, en Baños del Inca, del cantón El Tambo, relacionado con el ciclo agrícola. Es la época en que los indígenas empezaban con la preparación y sembríos de sus tierras.

El *Kapak Raymi* se celebraba en diciembre. Es una fiesta que hace homenaje a la germinación y crecimiento de las plantas. En la actualidad se celebra la Navidad.

El *Pawkar Raymi* se celebra en marzo. Es una fiesta en homenaje a la época de florecimiento y frutos tiernos, donde los campos se llenan de un sinnúmero de productos que brotan de la Pachamama. Referente a esta fiesta en la actualidad, se realiza la fiesta de Tayta carnaval.

El *Inti Raymi*, celebrado en junio, es una festividad que trae el legado del pasado de la gran nación Cañari. Esta fiesta constituye la celebración del sol y la cosecha, y de esta

manera se le agradece al padre Sol, y, a su vez, a la madre Tierra (91).

Adicionalmente, en las comunidades indígenas se viene practicando, hasta la actualidad, lo que se refiere a las mingas comunitarias, Maki mañachik, organización comunitaria (reuniones) y, de la misma manera, se practica los valores culturales, siendo esta una forma de mantenerse organizados para luchar por el bienestar de todas las comunidades de la cultura cañari (92).

Relaciones de género

A lo largo de la historia, las mujeres indígenas han sido subvaloradas con respecto al hombre; han formado parte de su cultura, lo cual prevalece principalmente en los países de Latinoamérica (93). Algunas investigaciones sobre género revelan que la responsabilidad familiar sigue siendo una limitación importante en Latinoamérica, esto se debe a que aún se mantiene la división de los roles de manera tradicional, en el hogar es el hombre quien provee y la mujer es quien lleva la responsabilidad de la crianza, la educación y la formación de los hijos. No obstante, últimamente esta tendencia va en aumento, ya que se aprecia entre las mujeres un interés y avances en el empoderamiento y que están asumiendo retos de empresarias, presidentas o roles de liderazgo dentro de su comunidad (94).

La disminución de la brecha que existe entre los géneros ha sido un logro que se ha obtenido por medio de la participación constante en los Emprendimientos para la Economía Popular Solidaria (EEPS), toda vez que se está abriendo paso en la cultura para obtener mayores posibilidades. Asimismo, la promoción de la Economía Solidaria ostenta una sociedad que reconozca el lugar de la mujer y, de esa manera, configurar una sociedad que muestre mayor equidad y justicia. El aporte de las mujeres en las EEPS es primordial, pues no solo la oferta es de mano de obra, sino también la representación y la administración en las comunidades, todo ello

con el objeto de promover la igualdad, factor importante en los principios de la asociatividad, atributo que influye en que las féminas puedan mostrar, finalmente, un papel protagónico (57).

A pesar de todo, las resistencias y luchas que han librado los pueblos originarios ecuatorianos se mantienen presentes en el intento de levantar un paradigma de desarrollo distinto, un esquema que dé garantía del equilibrio entre los derechos colectivos y el bien común. Se trata de un modelo ambicioso con una meta añadida, que tiene que ser reconstruido para generar un espacio a las reivindicaciones de las mujeres; reivindicaciones sujetas al interés general a cuestiones prácticas como el territorio, la etnia, la clase, o la (re)producción.

En la cosmovisión cañari, el tema de la división de roles entre hombre y mujer explica que había actividades que debían cumplir los hombres y otros papeles que debían hacer las mujeres (95). La mujer es vista como generadora de vida, por lo que cumplía el rol de la reproducción. Las mujeres son las parteras, las que asisten, son ellas las que conocen las plantas y los ritos. Los hombres no veían a la mujer como inferior, o como el sexo débil, este concepto machista llegó con el cristianismo (95, 96). Desde el punto de vista teológico, cambiaron las fiestas culturales tradicionales por otras católicas; sin embargo, en unos casos se amalgaman y se yuxtaponen expresiones y símbolos andinos cañaris a estas celebraciones. Entonces, el ritual mayor llamado *Pawkar Raymi*, se sustituye por Carnaval; *Inti Raymi*, por *Corpus Christi*; Killa Raymi, por las fiestas de las Vírgenes del Rocío y el Cisne, y *Kapak Raymi* por Navidad. En su imaginario colectivo, de la participación directa en estas fiestas depende el éxito agrícola y de la salud; por lo tanto, los feligreses deben cumplir con todas las exigencias de la iglesia para alcanzar el *Sumak kawsay* (estos dos conceptos definen la salud y la enfermedad) (97).

En otro orden de ideas, para comprender la idiosincrasia cañari a través del enfoque de género, es perentorio primero aclarar que la

evidencia revela que la ciencia y la práctica de la traducción del conocimiento muestran brechas obvias en la consideración del sexo y del género (100). El sexo y el género son importantes para tomar decisiones, la comunicación, la participación de las partes interesadas y las preferencias para la adopción de las intervenciones.

Así también, los roles de género, la identidad de género, las relaciones de género y el género institucionalizado influyen en la forma como funciona una estrategia de implementación, para quién, en qué circunstancias y por qué. Hay evidencia emergente de que las teorías pueden operar de manera diferente dentro y entre sexos, géneros y otras características interseccionales en diversas circunstancias (101).

Prácticas ancestrales

Otro elemento de gran arraigo en la cultura andina es la Medicina Tradicional y Complementaria (MTC), que conforman una parte importante y frecuentemente subvalorada de la atención de salud. Esta tendencia va en aumento, ya que se practica en casi todos los países del mundo. De acuerdo con la OMS, la medicina tradicional, de seguridad, calidad y eficacia comprobadas, ayuda a asegurar el acceso de la población general a la atención de salud. En la actualidad, incontables países están cónsonos con la necesidad de transformar un enfoque integral y coherente de la atención de salud, que ayude a los profesionales sanitarios, los gobiernos y principalmente a los usuarios de los servicios de salud al acceso a la Medicina Tradicional y Complementaria, de manera respetuosa, asequible, segura y efectiva (98).

En este sentido, el acervo cultural local sobre el uso de plantas medicinales es rico y variado, por sus nombres ancestrales a las mismas. En este contexto, las plantas medicinales se clasifican en: frescas, cálidas y templadas. Plantas frescas son aquellas que se usan para tratar enfermedades provocadas por el calor; es decir,

aquellas que afectan a las vías urinarias, o malos olores de la boca, temperaturas y el *chuchaqui*, entre otras.

Las plantas cálidas son utilizadas para sanar las enfermedades de frío, como tos, gripe, dolor de cabeza, dolor del cuerpo, dolor de los huesos, el *chirichi* y otros. Plantas templadas sirven para mezclar y complementar el efecto medicinal con las plantas frescas o cálidas. No se puede dar de beber aguas preparadas solamente con plantas frescas o cálidas; siempre se combina con las plantas templadas.

Las personas más relevantes como cuidadores de la salud entre los cañaris son los *Yachak*, (el sabio de mayor prestigio es la persona indicada para realizar los rituales de curación y limpieza) y la partera o *mamahua*, *paccarichic mama* (son las mujeres que dan atención durante el embarazo, el parto y el puerperio).

Como lo explican los *Yachak*, existen cinco principios para el uso de plantas medicinales: la relacionalidad, la reciprocidad, la correspondencia, la complementariedad y la paridad. Todo trabaja como un proceso holístico que involucra a todos los elementos del universo. El proceso de sanar con hiervas constituye un verdadero ritual que incluye el cuerpo, el espíritu, las plantas y los principios.

En el proceso de formación de los sabios intervienen el aprendizaje, el don y la necesidad. En relación con las funciones de las plantas, destacan tres principales: la sanación, la alimentación y como elemento sagrado. La forma de clasificar las plantas se realiza según el género, la forma, el color y el estado térmico. En el proceso de curación, destacan tres momentos: la recolección del monte, su preparación y la administración (99).

e. Principales problemas relacionados con la salud en Cañar

Desde el punto de vista de la salud reproductiva, entre la población indígena, las mujeres en

edad reproductiva de la etnia Cañari, alrededor de dos terceras partes no utilizan métodos anticonceptivos, y la tercera parte que las usa prefieren las inyectables y el condón masculino, casi la mitad no llega a los controles recomendados por el Ministerio de Salud Pública (MSP), un quinto prefiere la atención de la partera, especialmente en el embarazo y parto. Según cifras de 2017, casi un tercio tiene su primer hijo antes de los 18 años, y 9 de cada 10 tiene su primer hijo a los 21 años (102). En Cañar, alrededor de 2.159 fueron madres adolescentes entre 12 a 19 años, según las estadísticas del INEC(103).

Como parte de la cultura, el varón se ve en muchas ocasiones presionado por sus padres, especialmente el papá, en la búsqueda de que su hijo dé muestras de haber iniciado la actividad sexual y se ilusiona en lograr la madurez, e, inclusive, cree llegar a la adultez si tiene relaciones sexuales. Por otra parte, está la necesidad de dar y recibir afecto, idealizan al amor y el sexo como un binomio inseparable, la sensación de soledad, autoestima baja, como acto de revelación y castigo hacia los padres, vivir en una familia disfuncional en su dinámica y estructura, incesto, promiscuidad y violación (104).

Entre los problemas que afronta el cantón se encuentran la escasa cobertura en la atención a grupos prioritarios: tercera edad, personas con discapacidad, adolescentes, embarazadas; violencia hacia la niñez y adolescencia, de los diferentes grupos sociales: escolar, familiar y comunitario; elevado nivel de alcoholismo en adolescentes, producto del abandono de los padres, así como los escasos programas para jóvenes, entre otros (105).

Existe suficiente evidencia del alcoholismo y otras sustancias como problema de salud y como factores de riesgo para otras circunstancias de la salud pública. De acuerdo con lo expuesto, un estudio reveló que el 58,12% de adolescentes consume algún tipo de sustancia psicoactiva, de los cuales son: 50,25%, alcohol; 37,93%,

tabaco; 21,18%, *cannabis*, y 8,37% cocaína. El alcohol se asocia con pertenecer a un equipo deportivo, consumo en el entorno de la familia, disfuncionalidad familiar, estrato socioeconómico medio típico. El tabaco, por su parte, se relaciona con familia monoparental y migración del padre, además de consumo en el ámbito social. El *cannabis* se asocia con la percepción de familia con una funcionalidad moderada y consumo de sustancias ilícitas entre los pares. La cocaína tiene relación con el consumo en familiares, la migración de los padres y hermanos. Por su parte, los factores protectores son el grupo social religioso, la familia nuclear y las otras formas funcionales de familia (106).

Adicionalmente, la depresión se encuentra en la población adolescente: una investigación encontró que la depresión predomina en el sexo femenino y la prevalencia fue del 40,3%. Los factores de riesgo que se encontraron fueron la desestructuración familiar, la disfunción familiar, la presencia de consumo de alcohol y el género femenino; estos evidenciaron una asociación significativa con la depresión (107).

En el extremo final de la vida, también se reportan situaciones atinentes al cuidado enfermero. En relación con la percepción de las personas de más de 65 años de edad pertenecientes a una parroquia del cantón Cañar, acerca de la relación de pertenencia a la comunidad y las construcciones que la gente que pertenece al grupo poblacional adulta mayor posee sobre su propio proceso de salud, los resultados mostraron que existe exclusión geográfica de los adultos mayores, en relación con la accesibilidad a los servicios de salud y una escasa respuesta al presentarse situaciones de emergencia; en el ámbito de la dimensión individual, las personas de la tercera edad no se encasillan dentro del término “adulto mayor”, que se ha creado para identificar a este grupo poblacional. No hay que olvidar que, en Ecuador, las personas de la tercera edad representan el 9,7% de la población, pero su volumen para el 2030 llegará al 14,7% (108).

Estos adultos mayores demuestran autonomía en la mayoría de los casos, tanto en el ámbito económico como en el personal, y forman parte importante de la dinámica productiva debido a que aún trabajan y sus actividades predominantes son la ganadería y la agricultura. La percepción de salud se mantiene de manera regular; pese a sus dolencias, mantienen el ánimo y el sistema gastrointestinal es el principal sistema afectado. En los campos familiar y comunitario, sienten apoyo de su comunidad; sin embargo, no es satisfactorio. Viven en disfuncionalidad familiar elevada, pues 3 de cada 4 adultos mayores viven en hogares que presentan disfuncionalidad. El proceso destructivo de mayor impacto encontrado en la dimensión general de los adultos mayores fue la migración (109).

Como se destaca más adelante, otra investigación local concluye que al menos la mitad de los adultos diagnosticados con hipertensión arterial presentan un porcentaje medio o mínimo de escaso apoyo familiar. Concluyeron que el grado de instrucción de la muestra que participó en el estudio sí influye en el grado de adherencia del tratamiento de manera significativa (110).

Tabla 1. Características de la salud nacional, zonal, regional y local, vinculantes a la función social de la enfermería

Ecuador
<p>Se reconoce la divergencia de las tasas de fecundidad en los grupos poblacionales, la mortalidad materna, el embarazo en adolescentes, las falencias de cobertura a métodos anticonceptivos, la violencia de género, el cáncer del aparato reproductivo, las deficiencias en la instrumentación de estrategias de la salud sexual y la salud reproductiva en personas con discapacidad (21).</p> <p>Las enfermedades prevenibles con medidas de salud pública, tales como enfermedades cardiovasculares, cáncer, desnutrición, obesidad, diabetes, accidentes de tránsito, hipertensión, siguen dominando los primeros lugares de las causas de muerte (54).</p> <p>Los adolescentes son considerados un grupo vulnerable y de atención prioritaria (70).</p> <p>El país tiene una carga histórica respecto a la desnutrición crónica (111) y el 29,9% de la población no cuenta con accesibilidad a infraestructura de agua segura, cercana (31).</p> <p>La prevalencia cada vez menor de lactancia materna exclusiva, en la que 43,8% de los niños lo hacen hasta antes de los seis meses(112).</p> <p>Entre las metas que demandan desplegar esfuerzos importantes para su cumplimiento en el Ecuador. ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades (23).</p> <p>El covid-19 como una situación emergente, y las acciones de salud pública como la educación para la salud y la vacunación (113, 114).</p>
Zona 6 (Azuay, Cañar y Morona Santiago)
<p>La desnutrición crónica afectó a 53% de niños menores de 5 años; 57% en Azuay, 59% en Cañar (64).</p>
Provincia de Cañar
<p>Uso indiscriminado de agroquímicos (115). La vulnerabilidad de los niños se incrementa si su madre es indígena o si es campesina.</p> <p>El 33% de los niños menores de cinco años no ha crecido lo suficiente para su edad (47).</p> <p>El 67% de las mujeres gestantes desconocen sobre qué vacunas deben ser administradas durante su periodo de gestación (49).</p> <p>En la provincia de Cañar se registra la tasa más alta de mortalidad materna de la zona (64).</p> <p>La adolescencia tardía, autoidentificación étnica mestiza, bajo nivel académico, predisponen al embarazo (116).</p> <p>La desnutrición crónica infantil es de 35% (117).</p>

Cantón Cañar

53,5% viven en zonas rurales (118).

Pérdida de competitividad del sector agropecuario campesino (89).

El mote y la papa son comidas populares (80).

La mujer indígena ha sido menos valorada (94).

Dos terceras partes no utilizan métodos anticonceptivos (119).

2.159 fueron madres adolescentes (103).

Escasa cobertura de atención a los grupos prioritarios (105).

La disfunción familiar, la desestructuración familiar, el consumo de alcohol y el sexo femenino presentaron asociación significativa con depresión (120).

Exclusión geográfica de los gerontes en términos de accesibilidad a los servicios de salud y una limitada respuesta ante situaciones de emergencia(108).

Pacientes con hipertensión, presentan falta de apoyo familiar con un porcentaje de medio o mínimo (121).

Alcoholismo y otras sustancias como problema de salud y como factor de riesgo para otras circunstancias de la salud pública (116).

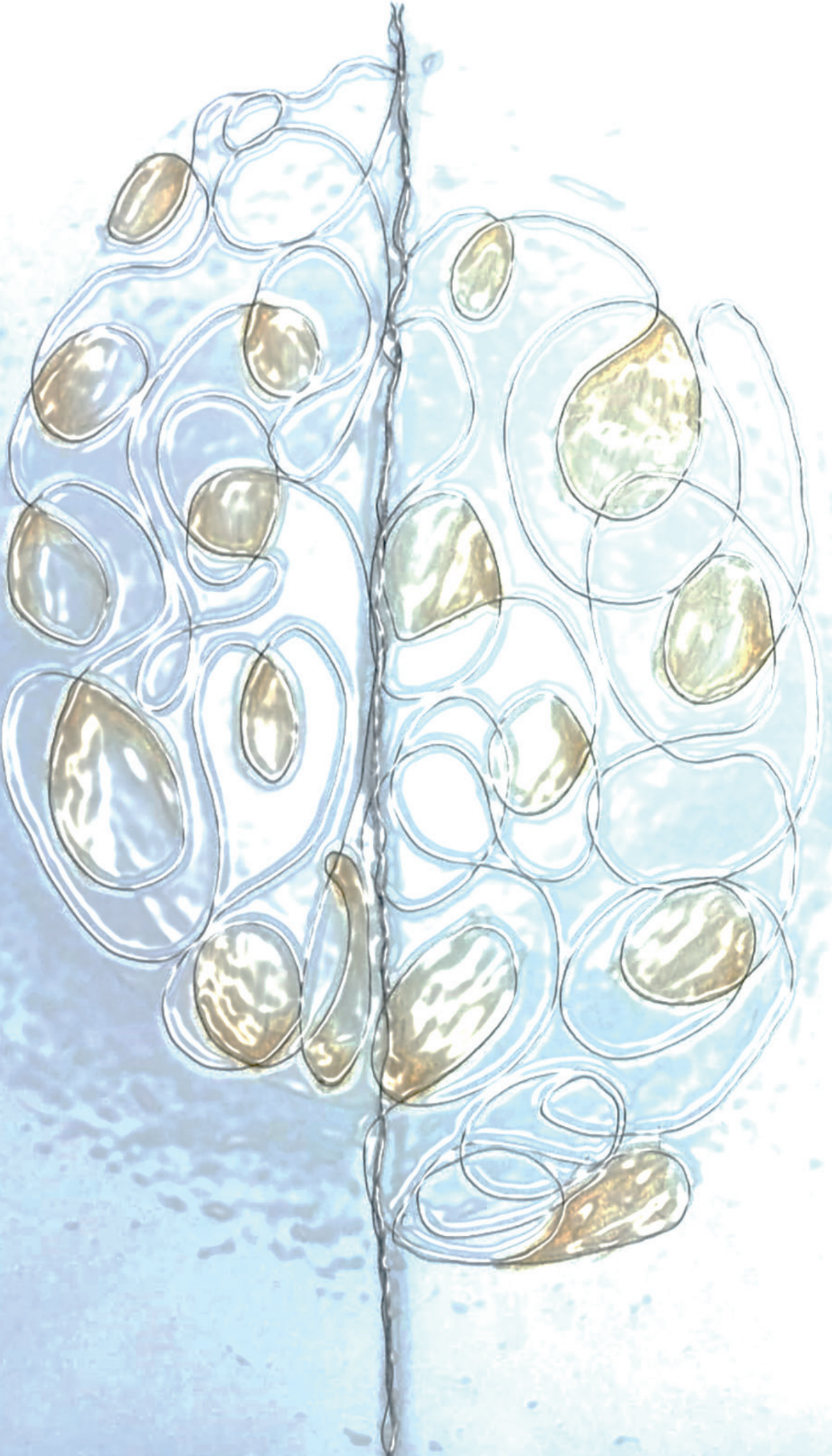
Con la intención de definir los problemas o circunstancias de salud, para establecer los grupos más vulnerables y las líneas de acción de la carrera de Enfermería para la docencia, investigación en sus diferentes modalidades y proyectos de vinculación con la sociedad, en reunión de debate y mediante consenso, acaecida el 13 de febrero de 2020, se proyectan las siguientes líneas:

1. Promoción de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.
2. Promoción de hábitos alimentarios saludables en niños menores de 5 años.
3. Promoción de la salud sexual y reproductiva en la mujer.
4. Promoción de la lactancia materna.
5. Promoción de la salud del adulto mayor institucionalizado.
6. Prevención del covid-19.

De esta manera, y sin dejar de considerar situaciones de salud local o regional emergentes y reemergentes, se concentrarán los esfuerzos para potenciar la fórmula Investigación + Vinculación con la Sociedad + Docencia (I+D+V).

CAPÍTULO 2

ENFERMERÍA Y LAS POLÍTICAS DE SALUD EN EL MUNDO Y EN EL ECUADOR



En el ámbito mundial, existen un poco más de 19 millones de profesionales de enfermería; su papel es insustituible, pues presta servicios esenciales en el conjunto de los sistemas sanitarios. La mayor concentración se encuentra en países de altos ingresos económicos. La enfermería es el grupo ocupacional más numeroso del sector de la salud, ya que representa aproximadamente el 59% de las profesiones sanitarias.

En Ecuador, la densidad de profesionales de enfermería es de 30 a 39 por cada 10.000 habitantes, es mayor que Venezuela, pero a la vez está por debajo de otros países de la región como Brasil, Argentina, Canadá y Estados Unidos. En este sentido, el número total de graduados en enfermería tendría que incrementarse de media en un 8% anual, y tendría que mejorarse la capacidad para emplear y fidelizar a esos graduados (118).

Organizaciones relacionadas con el empleo consideran que la inversión en la formación y desarrollo en el personal de enfermería aumenta el bienestar de las personas y las familias de maneras muy claras y tangibles. Aproximadamente el 90 por ciento de todos los profesionales de la enfermería son mujeres.

De acuerdo con organismos expertos, sin los profesionales de la enfermería no pueden ganar la batalla contra los brotes, alcanzar la cobertura sanitaria universal ni los Objetivos de Desarrollo Sostenible (123).

Por otra parte, en el contexto de la pandemia de covid-19 ha dejado al descubierto la vulnerabilidad de los sistemas de salud, así como el déficit de profesionales de enfermería para enfrentar la situación desde la primera línea de atención (124).

En el caso de la situación local, los profesionales de enfermería en el Ecuador cubren el 50% de la demanda de acuerdo con las recomendaciones de la OMS; es decir, 12 de 23 enfermeros por cada 10.000 (125). Por otro lado, según cifras oficiales, Enfermería es la carrera más demandada en los últimos años, cuya tendencia se mantiene en 2020, luego de la carrera de Medicina (126).

Actualmente, existen alrededor de 38.000 profesionales y se proyecta que alcancen los 93.000, respectivamente, para 2040, o sea que es más del doble, como puede verse en la ilustración 1 (127).

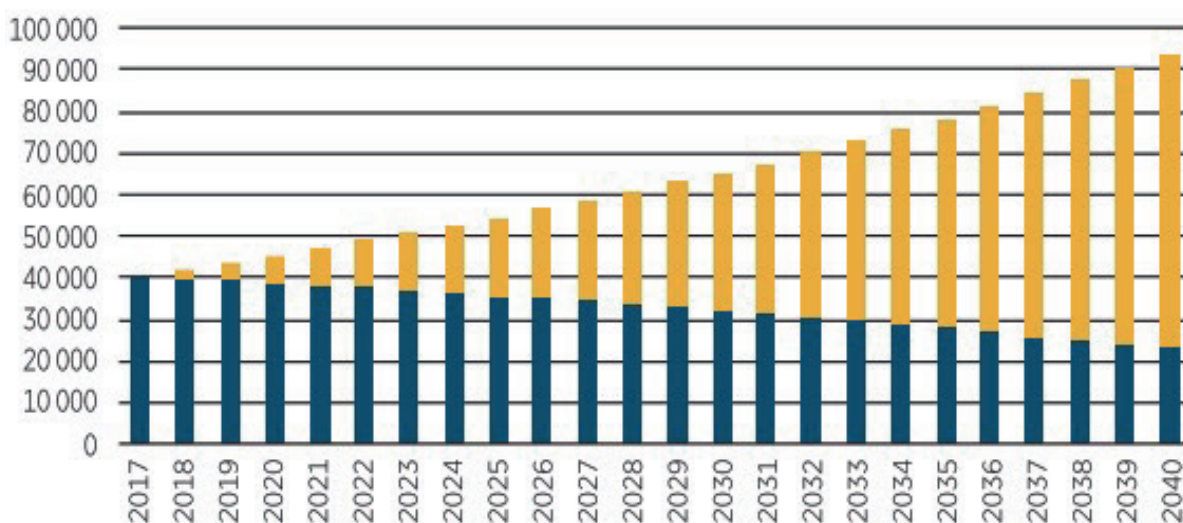


Ilustración 1: cantidad y demanda de profesionales de Enfermería. Ecuador. (2017-2040).

En consonancia con la relevancia de la enfermería, desde el punto de vista de la salud pública y de la gestión, cualquier nivel es insuperable, debido a que es el grupo ocupacional más numeroso del sector, ya que representa aproximadamente el 59% de las profesiones sanitarias (122).

2.1. Análisis de las tendencias del desarrollo científico-tecnológico relacionadas al área de conocimiento

Los profesionales de enfermería tienen un papel clave en proporcionar cuidado, en la educación para la enseñanza de la salud, en la gestión de servicios y en la investigación. Asimismo, los funcionarios de la salud son altamente educados, experimentados y accesibles en muchos entornos.

Los estándares del desempeño en enfermería, en el sentido de la gestión de servicios enmarcados en los sistemas nacionales de salud, demandan que los profesionales de enfermería actúen como modelos a seguir, incluido su accionar, el mantenimiento de un estilo de vida saludable de las personas, familias y comunidades, así como en la limitación del daño y la rehabilitación

2.2. Funciones de los profesionales de Enfermería

Tradicionalmente, los profesionales de Enfermería cumplen cuatro funciones centrales (128): la más conocida es el cuidado, también llamada función asistencial, en los sistemas de salud de cada país; se divide en dos áreas, la preventiva, que se ejerce en el primer nivel de atención, con proyección comunitaria y familiar en el que por lo regular se manejan todos los

programas, a través de tres actividades básicas: 1. Consultas, junto al equipo de salud, en el Ecuador son llamados Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS), 2. Vacunación, tanto en los centros como en puestos de salud ambulatorios, muy importante justo en este momento histórico que se inicia la inmunización contra el covid-19, y 3. La visita domiciliaria, que es una estrategia de extensión de servicios al ámbito familiar (129–131).

En este nivel, se realizan acciones de captación de familias, consulta externa, seguimiento, educación para la salud, en el marco de la Atención Primaria de Salud Renovada y en el que su grado de independencia aporta para contribuir con la salud colectiva (132–134).

Además, existe el cuidado hospitalario, que se desarrolla en el segundo y el tercer niveles de atención, desde los que ofertan servicios básicos (medicina interna, obstetricia, pediatría y cirugía general), hasta los de más alta complejidad como los de especialidades clínicas y cuidados intensivos (135).

La tercera función es la gestión o la administración de los servicios de enfermería, generalmente en la gerencia media con funciones de planificación y coordinación del talento humano de enfermería y las relaciones con otras instancias de atención como servicios de medicina, nutrición, diagnóstico, entre otros (136,137).

Y la cuarta es la investigación, que representa el eje integrador del desarrollo disciplinar, actualmente muy influido por el paradigma cuantitativo; sin embargo, se tienen aportes epistemológicos y metodológicos de la corriente cualitativa y la mixta (138,139). Es perentorio incluir en la investigación metodologías innovadoras y que respondan adecuadamente a preguntas que implican enfoques integrales o que no es posible hacer desde la perspectiva positivista.

Por último, la docencia o formación que se ejecuta en tres vertientes: la educación continua

o permanente como un desarrollo importante para la creación de capacidades disciplinares y heurísticas en relación con los procesos y la tecnología (140). La educación para la salud es una forma de cuidados de enfermería, que favorece el desarrollo de capacidades de autocuidado, tanto en los pacientes como en las familias para aumentar la autoeficacia en el cuidado (141).

Adicionalmente, está la formación a estudiantes en los programas de la licenciatura que ha sido la de mayor evolución en los últimos años en el mundo. En el Ecuador se establecen cinco componentes de los contenidos mínimos que deben ser incluidos en las asignaturas que conforma las mallas curriculares, a saber: fundamentos del cuidado enfermero; cuidado de la mujer, el niño y el adolescente; cuidados de adultos y adulto mayor, cuidado familiar, comunitario e intercultural; bases educativas, administrativas, epidemiológicas e investigativas del cuidado enfermero, hasta hace muy poco, también se incluía (142,143). De igual manera, los currículos de estudio

toman en cuenta elementos del contexto como la realidad nacional y la medicina tradicional, como imperativo de las regulaciones nacionales en materia de educación superior nacional (2)

La enfermería ha sido el recurso de salud más proactivo a la hora de abordar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en el mundo (144), aunque el patrón de participación de la disciplina está más centrado en el modelo biomédico y en el morbicentrismo (145). Esta disciplina se ocupa principalmente de los objetivos relacionados con la salud y aún debe abordar una gama más amplia de problemas de gran importancia en todas las políticas de la salud (146).

Acerca de las prioridades nacionales en materia de salud y bienestar, el accionar de Enfermería se alinea con el Plan Nacional de Desarrollo (2017–2021), orientando su accionar en el eje 1, llamado “Derechos para todos durante toda la vida”, con preponderancia en el objetivo 1: garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas,



Ilustración 2: funciones de los profesionales de Enfermería y sus acciones generales.

específicamente en la política; 1,6 que reza: “Garantizar el derecho a la salud, la educación y al cuidado integral durante el ciclo de vida, bajo criterios de accesibilidad, calidad y pertinencia territorial y cultural” (52).

Concerniente a la instancia nacional de la Secretaria Nacional Planificación y Desarrollo (SENPLADES), enfermería tributa sustancialmente, se registra mediante su trabajo a todos los niveles de atención de salud con el objetivo de cumplir con los mandatos constitucionales enmarcados en objetivos nacionales.

En relación con el Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial Provincial de Cañar (2015) se alinea con los objetivos: 1. Garantizar la satisfacción y el acceso universal a los derechos constitucionales del Buen Vivir en todo el territorio nacional con énfasis en los de salud, educación, agua, hábitat y vivienda, y 3. Garantizar la protección integral al ciclo de vida de las personas y familias, con énfasis en los grupos de atención prioritaria (64).

En Ecuador, durante el periodo 2011–2014, como política pública intersectorial y prioritaria contó con la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes, ENIPLA. Luego, en 2014, la rectoría, funciones, competencias, representaciones, ejecución y delegaciones del proyecto “Estrategia Intersectorial de Prevención de Embarazo Adolescente y Planificación Familiar” fue transferida a la Presidencia de la República.

En 2015, alineado a ese Decreto del Ejecutivo, se inició el desarrollo del Proyecto “Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia y se plateó como misión “disminuir la incidencia del embarazo adolescente en el Ecuador a través de la movilización de la sociedad mediante estrategias, programas y actividades multisectoriales para recuperar el rol protagónico de la familia y contribuir al desarrollo de todas las dimensiones del ser humano en la vida de los y las adolescentes” (147).

Otro instrumento estratégico-normativo denominado Modelo de Atención Integral en Salud–MAIS, el Ministerio de Salud Pública establece como meta “garantizar el derecho a la atención integral en salud sexual y salud reproductiva, sobre la base de los derechos sexuales y derechos reproductivos de todas las personas, haciendo énfasis en los diferentes grupos establecidos de atención prioritaria” (21).

En otro orden de ideas, el medioambiente y su protección merecen una mención particular (148): en materia de recursos naturales, Ecuador enfrenta complicados escenarios. En ese sentido, ha realizado notables esfuerzos, como la ley especial de las Galápagos (149), la cual fortalece las disposiciones para la reserva marina de este archipiélago tan importante e imponente, así como sus aguas interiores, lo que representa un cambio de paradigma jurídico en el Ecuador, en el sentido que consagra la naturaleza como sujeto de derecho (70), y asume el desarrollo sustentable como un objetivo histórico y posiciona al ambiente como un derecho colectivo.

Ecuador es un país reconocido en el mundo por su gran diversidad biológica, por la presencia de las cuatro regiones naturales en su territorio (Sierra, Selva, Costa y Galápagos) y por su ubicación en la línea equinoccial. Posee al menos 10 ambientes oceánicos y 14 ecosistemas terrestres distintos. Se registran alrededor de 20.000 especies de animales y plantas silvestres, a ello se suman un gran número de insectos que se concentran básicamente en los bosques húmedo y montano del Amazonas.

En sus ecosistemas habitan en el territorio continental unas 16.000 especies de plantas vasculares. La fauna incluye a 369 especies de mamíferos, 1.340 de peces, 415 de anfibios, 394 de reptiles y 1.616 de aves. El país cuenta también una gran biodiversidad genética de cultivos de diferentes especies (papa, tomates silvestres, cacao, maní y yuca). Además, abunda el recurso hídrico, ya que posee 79 cuencas y 137 subcuencas hidrográficas (148).

La mayor fuente de contaminación atmosférica del país la genera el sector transporte, seguida de la industria y sector residencial. En la provincia de Esmeraldas no se tienen datos debido a la discontinuidad del monitoreo ambiental atmosférico. La refinería que se ubica allí funciona con limitaciones porque tiene un sistema de gestión ambiental obsoleto. Otra fuente de contaminación son las fumigaciones de glifosato en la frontera con Colombia. El sistema de saneamiento y de abastecimiento de agua potable presenta graves deficiencias. El tratamiento de aguas residuales por los municipios solo se da en 5% de cobertura, lo que impacta y afecta negativamente en mayor medida las zonas más pobres y las zonas marginales.

Existen presiones naturales y presiones antrópicas que afectan a los suelos. El calentamiento global es un factor natural que contribuye a la intensificación de los procesos erosivos, a causa del aumento en la intensidad de lluvias que genera, inclusive se puede mencionar el fenómeno del Niño. Estos factores se amplían por las condiciones de la topografía del país. Por otra parte, están los factores antrópicos como el cambio de uso de los suelos que ocasiona deforestación, la contaminación y la ampliación de la frontera agrícola hacia suelos poco fértiles (148).

La ampliación de la frontera agrícola hacia la zona de la Amazonía se aceleró por la reforma agraria de 1964, situación que se dio luego del auge petrolero en esta región, que desencadenó una migración interna importante, que conllevó a la colonización de zonas de bosques primarios. Esto generó el desarrollo de la ganadería y el cultivo de palma. La deforestación también afecta la provincia de Esmeraldas, específicamente a Chocó.

La tendencia de la ampliación de la frontera agrícola sigue en aumento, entre 1998 y 2002 las tierras cultivadas pasaron de 8 a 12 millones. El crecimiento urbano ejerce presión sobre los suelos, no solamente por medio de

la ocupación del espacio, por el cambio en las condiciones de uso, sino también por la producción de desechos sólidos que se genera. Por otra parte, las actividades de extracción de minería e hidrocarburos afectan de manera directa e indirecta a los suelos. Por último, y no menos importante, se suma el uso excesivo de agroquímicos en la floricultura, que altera sus procesos naturales fértiles (148).

No obstante, el elemento que afecta en mayor grado a la biodiversidad es la deforestación. Por otra parte, la migración rural y el proceso de urbanización mal controladas afectan directamente los ecosistemas que han sido poco intervenidos.

Respecto a la contaminación ambiental, en escuelas de zonas urbanas de Quito, el promedio de carrea de hemoglobina es superior a los valores que se aceptan como límites normales. Las infecciones respiratorias agudas se presentan cuatro veces más en estas escuelas, que en las ubicadas en zonas periféricas.

En la década de 1990, el costo de la contaminación atmosférica, específicamente en relación con los daños a la salud, alcanzó los 34 millones de USD. No se logra exponer la data a profundidad porque se carece de fuentes confiables de información sobre los impactos de la contaminación en Esmeraldas y de la contaminación por fumigaciones que, a su vez, generan intoxicaciones. Los efectos en la salud por contaminación de agua se reflejan en enfermedades dérmicas, gastrointestinales y respiratorias. Además, las carencias que sufre el sistema de saneamiento generan enfermedades graves como la tifoidea y la hepatitis A.

Los impactos a la salud son particularmente notables entre los trabajadores del sector agrícola, quienes viven expuestos constantemente a agentes tóxicos. Los problemas de salud en las áreas urbanas se generan principalmente por la producción de basura y el manejo inadecuado de la misma, ya que el 56% de los desechos peligrosos no reciben el tratamiento adecuado, contaminando también los depósitos.

Por su parte, el uso de agroquímicos, como los fertilizantes y pesticidas que se usan en los cultivos principalmente de flores y bananos, impactan muy negativamente, generando contaminación de los suelos, de los cursos de agua y de los alimentos, así como afecciones a la salud humana que se manifiesta en enfermedades de la piel, del sistema gastrointestinal o respiratorio.

Así también, se debe reconocer el interés y protagonismo que loablemente ha asumido la sociedad civil ecuatoriana sobre el tema del ambiente, un reflejo de ello es el proceso de institucionalización de la autoridad ambiental. La toma de conciencia en relación con que el desarrollo sustentable es la vía para superar la crisis generada por el cambio climático y los desastres naturales que lo acompañan es otro signo alentador de la realidad ambiental en el Ecuador.

Como parte de su rol, los profesionales de enfermería pueden actuar como educadores, al hablar en reuniones comunitarias y participar en actividades a nivel comunitario relacionadas con el medioambiente y la salud humana. También pueden participar en la comunicación de riesgos o peligros para las agencias de salud pública.

En el régimen de atención diaria al paciente, profesionales de enfermería emplean continuamente habilidades de evaluación bien perfeccionadas. Al realizar una evaluación, el profesional incorpora toda la información sobre los posibles contribuyentes (o detractores) del estado de salud del paciente, incluida la información física y psicosocial.

Inclusive, el conocimiento y el control de las exposiciones ambientales son parte de una buena evaluación de enfermería porque la enfermería es una profesión holística y orientada a la prevención. Debido a que la salud ambiental es un enfoque de la atención médica orientado a la prevención, los profesionales están bien posicionados, tanto en sus instalaciones particulares como en la comunidad en general, para actuar como defensores de ella.

En su aporte a la sociedad, constituyen el grupo más grande de trabajadores de la salud, suelen tener un contacto directo diario con el público. Son la primera línea del sistema de vigilancia de la salud pública y atienden a los pacientes en una amplia variedad de entornos de práctica, que van desde la sala de emergencias hasta el hogar privado.

En cada uno de estos entornos, las personas capacitadas en enfermería pueden usar sus habilidades de evaluación tanto para comprender los desechos médicos y los productos no saludables como para planificar formas de prevenir las amenazas que plantean. Luego pueden implementar sus planes de acción y evaluar el impacto del cuidado en el medioambiente. Todo esto es parte del proceso de enfermería.

En otro orden de ideas, una consideración importante merece la inmigración acaecida en el país como una problemática emergente de salud pública, que se ha hecho más marcada desde el 2016, a medida que la crisis en Venezuela se profundiza, pues el número de los ciudadanos de ese país que venían a establecerse en Ecuador es de 9.650, en 2015; 23.611, en 2016, y 61.138 en 2017 (150,151). Es evidente que, más a mediano que a corto plazo, esta diáspora no solo tendrá repercusiones en la demanda y oferta de salud sino en otros ámbitos del desarrollo nacional, como la macro y microeconomía, vivienda, servicios públicos, empleo, entre otros. En este sentido, la evidencia más tangible la representa el brote de 19 casos de sarampión que fueron importados de Venezuela en año 2018 (152, 153).

2.3. Análisis de los requerimientos de la planificación nacional y regional y el perfil de egreso

A continuación, se presenta un recurso gráfico que permite ver la armonización del perfil de egreso con la planificación nacional y regional.

EJE	OBJETIVO	POLÍTICAS	METAS	PERFIL DE EGRESO
Eje 1: Derechos para Todos Durante Toda la Vida	Objetivo 1: Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas y equidad social	<p>1.3. Combatir la malnutrición, erradicar la desnutrición y promover hábitos y prácticas de vida saludable, generando mecanismos de corresponsabilidad entre todos los niveles de gobierno, la ciudadanía, el sector privado y los actores de la economía popular y solidaria, en el marco de la seguridad y soberanía alimentaria.</p> <p>1.4. Garantizar el desarrollo infantil integral para estimular las capacidades de los niños, considerando los contextos territoriales, la interculturalidad, el género y las discapacidades.</p> <p>1.6. Garantizar el derecho a la salud, la educación y al cuidado integral durante el ciclo de vida, bajo criterios de accesibilidad, calidad y pertinencia territorial y cultural.</p> <p>1.14 Enfrentar el fenómeno socioeconómico de las drogas y el alcohol, a través de estrategias de prevención integral, control y reducción de la oferta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir la razón de mortalidad materna de 44,6 a 36,2 fallecimientos por cada 100.000 nacidos vivos a 2021. • Reducir la tasa de mortalidad infantil de 8,95 a 6,8 por cada 1.000 nacidos vivos a 2021. • Disminuir del 76,5% al 63,5% la tasa específica de nacidos vivos en mujeres adolescentes entre 15 a 19 años a 2021. • Reducir de 24,8% al 14,8% la prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 2 años, a 2021. • Reducir de 23,9% al 13,2% la prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años, a 2021. • Reducir del 31,2% al 29,4% la prevalencia de obesidad y sobrepeso en niños de 5 a 11 años a 2021. • Aumentar del 46,4% al 64%, la prevalencia de lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida, a 2021. • Incrementar de 12,2% a 14,4% la población mayor a 12 años que realiza más de 3,5 horas a la semana de actividad física a 2021. 	<p>1. Analizar los modelos teóricos propios de la profesión en función de las dimensiones biológicas, físicas, psicológicas, sociales, espirituales del humano durante el ciclo de vida, para integrarlos en el proceso de atención de enfermería.</p> <p>2. Participar en proyectos de investigación, utilizando el método científico como herramienta fundamental, para el análisis y resolución de problemas de salud en la población, incorporando los resultados encontrados en la elaboración y propuesta de acciones en beneficio del individuo, familia y comunidad.</p> <p>3. Ejecutar acciones propias del cuidado integral de enfermería y aquellas derivadas del diagnóstico y tratamiento médico, en las diferentes etapas del ciclo vital, en todos los niveles de atención, de acuerdo con el conocimiento científico, humanista, a los avances y tendencias nacionales e internacionales de la profesión y disciplina.</p> <p>4. Implementar los principios de la gestión clínica y administrativa en los servicios de salud, mediante el empleo de acuerdo con las TIC, los avances tecnológicos, y que estén sustentados en políticas y prácticas nacionales e internacionales de salud.</p> <p>5. Establecer parámetros de calidad y seguridad en el cuidado integral del paciente de acuerdo con los niveles de atención y complejidad en enfermería, considerando el marco normativo de la profesión, fortaleciendo la promoción, protección de la salud, la prevención de enfermedades y la recuperación de la salud.</p> <p>6. Liderar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en los diferentes niveles de atención de salud, para contribuir al buen vivir, fortaleciendo el desarrollo de las acciones de salud, en armonía con el ambiente y el desarrollo sostenible.</p> <p>7. Cumplir los principios bioéticos-legales, humanísticos, interculturales, de género, participación social, equidad y comunicación, en el cuidado del paciente mejorando su calidad de vida</p> <p>8. Promover acciones que favorezcan la participación social, conducta de autocuidado y estilos de vida saludable en los diferentes niveles de prevención y en cada etapa del ciclo vital de las personas.</p>

2.4. Mas allá del ámbito nacional

La atención primaria es un enfoque para la salud y el bienestar que guía la salubridad mundial, está centrada 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” (154).

Además, suministra una atención integral e integrada de la persona para satisfacer sus necesidades sanitarias en todas las etapas de su vida, con énfasis de prácticas saludable y no solo para una serie de enfermedades específicas. La APS está alerta que las personas, las familias y las comunidades reciban un tratamiento integral, desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, de una forma lo más ajustada posible a su entorno cotidiano.

De hecho, la APS se fundamenta en la responsabilidad con el cumplimiento de la justicia social y la ecuanimidad, en el reafirmación del derecho fundamental al disfrute del mayor grado de salud posible, como lo 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 (155).

En este sentido, la APS representa una de las más trascendentes de la disciplina, en tanto que el profesional de enfermería actúa con base a un imperativo moral de cuidado a la sociedad, en los términos de promover la salud de las personas, familias y colectivos, así como prevenir enfermedades, a colaborar para disminuir la degradación ambiental y la violencia; a mantener a la población saludable e incrementar su bienestar.

Por lo tanto, la enfermería engloba el cuidado autónomo y colaborativo de personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos y en todos los entornos. La enfermería incluye la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el cuidado de las personas enfermas, discapacitadas y moribundas(156).

En este contexto, los profesionales de enfermería asumen compromisos sociales, legales y bioéticos que demandan una base de conocimientos satisfactorios y robustos, además de una actuación según la legislación de cada país que involucra el cuidado y la atención de salud, además de la protección de los derechos individuales y grupales (157).

En este sentido, es importante destacar que el rol social de los profesionales de la enfermería es vital. Los profesionales en enfermería son personas clave para conseguir el objetivo de la OMS, la cobertura sanitaria universal, ya que estos profesionales desempeñan un papel fundamental en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la prestación de atención de salud en todos los ámbitos (158).

Enfermería es definitivamente la profesión sobre la cual funcionan los Sistemas Nacionales de Salud. Sin embargo, muchos países del Caribe y de América Latina enfrentan un déficit de personal de enfermería, por lo que expertos de la OPS/ OMS advierten que esto supone una barrera para que todas las personas de la región tengan acceso y cobertura universal de salud. A la fecha, el mundo requiere que el personal de salud aumente en 18 millones con el fin de lograr y mantener la cobertura de salud universal para 2030. Se estima que la mitad de esa cifra faltante, es decir que aproximadamente 9 millones de trabajadores del sector salud, debe estar integrada por personal de enfermería y parteras (159).

Los profesionales de enfermería representan un recurso humano importante e invaluable para la salud, pues cubre el 80% de las necesidades de atención y conforman más del 60% de la fuerza

laboral en salud. La OMS ha dado a conocer que se precisan de 23 médicos, enfermeras y parteras cada 10 000 habitantes, con el objeto de brindar servicios básicos y esenciales de salud a la población. Sin embargo, alrededor del 70% de los países de las Américas cuentan con los profesionales necesarios y en algunos casos, los superan, pero deben enfrentar desafíos en su formación y distribución.

El 25% de los profesionales de enfermería registradas del mundo se encuentra en la región de las Américas, pero aproximadamente el 57% de ellas, que representan casi 3 millones, se encuentran en Norteamérica. Entonces, mientras en el norte de América se cuentan 110,7 enfermeras por cada 10.000 habitantes, en el centro, en el sur y en el Caribe sólo hay 13,8 profesionales de enfermería por cada 10.000 habitantes, en promedio.

La migración del talento humano también tiene sus efectos en la falta de los profesionales de la enfermería. Se ha estimado que, en el Caribe de habla inglesa, los profesionales de enfermería que trabajan en el exterior supera tres veces el número de aquellos profesionales de enfermería que trabajan en los países donde recibieron su formación académica. En conjunto, en esta subregión se considera que alrededor del 42% de los puestos de profesionales de enfermería se encuentran vacantes a causa de la 60% de la migración (160).

En Ecuador, el promedio de enfermeras por cada 10.000 habitantes es de 5,5. Este resultado evidencia la falta del talento humano de enfermería en los centros de salud del país. Para la OMS, la demanda de formación de profesionales se ha incrementado en 60% (161).

Con el panorama del déficit cualitativo y cuantitativo que se evidencia en los dos párrafos anteriores, la pertinencia social de la disciplina de Enfermería se ve amenazada, a pesar de que también se transforma en una oportunidad para las Instituciones de Educación Superior (IES) nacionales.

En el mismo orden de ideas, al igual que el resto de los miembros de la ONU, Ecuador suscribe los Objetivos para el Desarrollo Sostenible (ODS). El carácter sincrético y holístico del cuidado de Enfermería contribuye de manera general en los 17 ODS, pues su práctica profesional abarca la experiencia humana y su influencia en la salud (162). Sin embargo, contribuye de manera sustancial con el ODS 3, que está enfocado a “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” (163–165); además, con el 5, se enfoca en lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las niñas y las mujeres (30).

Adicionalmente, se puede apreciar que su participación es vital en todos los niveles de atención de salud que se rigen bajo Modelo Atención Integral de Salud Familiar; Comunitario e Intercultural ecuatoriano (20).

En el escenario mundial, integra o tiene su espacio en los Campos de Educación y Capacitación (Clasificación Internacional Normalizada de la Educación, CINE) de la Organización de las Naciones Unidas, en el que se vincula con el objetivo 9 referido a salud y bienestar. Referente a la alineación con las líneas de investigación, está relacionado al área del conocimiento de la UNESCO, “Medicina y sublínea Enfermería” (166).

CAPÍTULO 3

MIRADA PROSPECTIVA SOBRE LA CIENCIA ENFERMERA Y LA OFERTA DE SALUD DE LA CARRERA



La prospectiva se refiere a la situación de la Carrera en un determinado espacio y tiempo, con visión de futuro, en relación con su entorno y demandas del medio, sustentada en procesos de planificación y gestión institucional, el estudio de la prospectiva de la carrera de Enfermería pertenece al criterio pertinencia y debe considerar al menos (142) los campos de formación profesional que desarrolla y los que prevé implementar a futuro.

En cuanto a su definición y objeto de estudio, en el contexto mundial y específicamente latinoamericano, se reconoce a la Enfermería como “el estudio del cuidado de la experiencia o vivencia de la salud humana” (9). La visión histórica tiene relación con los cuidados que se le brindan al ser humano, a fin de mantener la vida y la sobrevivencia. En la época de la prehistoria, el objetivo de proporcionar los cuidados era vivienda, alimentación, protección, confort, transporte, recreación y la necesidad de socialización para su desarrollo, con la constitución de una familia y el trabajo en grupos. A partir de ahí se visualiza la salud como un don divino y la enfermedad como el castigo enviado por los dioses. Básicamente, era una tarea de las mujeres ayudar durante el parto, y, al mismo tiempo, tenían a cargo el cuidado de los niños y de los ancianos.

En sus inicios y aún muy presente en la actualidad, el cuidado humano recibió gran influencia de culturas, teorías, modelos y valores del paradigma positivista, que se mantiene hegemónico favoreciendo la especialización en el conocimiento, el reduccionismo y el individualismo (11).

La noción de cuidado, como objeto de estudio de la disciplina de Enfermería, se ha permeado en el pensamiento filosófico a lo largo de la historia; por ello, la reflexión se enfoca en la construcción de la naturaleza del ser y su relación con la historia, con el mundo, con los demás y también consigo mismo. El cuidado involucra el estudio ontológico y ético de su ser y su hacer en la cultura, como fenómeno consustancial del

ser persona que, en su unicidad, se reconoce responsable de su propio cuidado y, por ende, el cuidado de otros y con otros (11).

Desde los inicios de la práctica profesional de enfermería, investigadores, docentes, profesionales y estudiantes han definido la disciplina como una ciencia y un arte (167).

Mientras que, en un sentido más concreto, un consenso internacional define la enfermería como una disciplina profesional, inserta en un conglomerado de fuerzas vivas de la sociedad, que defiende la vida y el planeta, cuyo propósito superior es promover el bienestar del ser humano, a través de la gestión del cuidado, desde una dimensión interpersonal, holística y ética (168).

Adicionalmente, la enfermería requiere elegir de manera acertada una secuencia de acciones pensadas, que den respuesta a las necesidades particulares de las personas y de los grupos humanos. Gestionar el cuidado involucra la creación constante de un lenguaje propio y posicionarlo dentro de las organizaciones sociales y sanitarias. También implica un acto de comunicación que requiere de la aplicación de conocimientos tecnológicos, científicos y ubicados en un contexto cultural en que se recrean, enferman y viven las personas que reciben los cuidados (169).

Como una manera de destacar la necesidad social y de los sistemas nacionales de salud, las prioridades mundiales de la enfermería se centran en: cobertura universal de salud, personal sanitario, Enfermedades No Transmisibles (ENT), cuidados centrados en la persona, atención primaria, seguridad del paciente, salud mental, resistencia a los antimicrobianos, inmunizaciones y Objetivos de Desarrollo Sostenible (170).

Por otra parte, se acepta fácilmente que la enfermería es una práctica profesional centrada en promover la salud y el bienestar humanos a lo largo de la vida. Sin embargo, es menos intuitivo considerar que la enfermería es una

práctica científica y quizás también que la “enfermería”, propiamente dicha, es una entidad real, un patrón complejo y dinámico de bienestar con regularidades subyacentes de la naturaleza que puede investigarse en la construcción de conocimiento y teoría científica.

En ese sentido, se ha descrito el intermodernismo como una perspectiva filosófica para la ciencia de la enfermería que incluye un principio sobre los procesos esenciales de enfermería del bienestar dentro y entre los sistemas humanos y el papel de la práctica en el desarrollo y el descubrimiento del conocimiento como contenido, la estructura y el proceso de la teoría científica de enfermería en el siglo XXI (171).

A medida que la enfermería avanza como disciplina académica y profesión aprendida, sus fundamentos requieren unas mayores exploración y escrutinio. Como profesión, tiene ciertos estándares regulatorios y las competencias correspondientes a las que deben aspirar sus miembros.

En Canadá, estos incluyen, entre otros, la práctica ética y basada en el conocimiento, el servicio al público o la prestación de servicios centrados en el cliente, y la responsabilidad (172, 173). Además, estos estándares generan un discurso de ideales regulatorios basados en una serie de valores y creencias, como la atención centrada en el cliente, la compasión, el holismo humano, la preeminencia de las creencias personales y la experiencia de vida humana, y la primacía de la elección personal, que impregna el cuerpo de conocimientos de la enfermería (174).

3.1. Fundamentos filosóficos de enfermería

La filosofía es definida de muchas formas: en este caso específico se entiende como una disciplina que comprende, como núcleo, la lógica, la estética, la ética, la metafísica y la epistemología (175).

En este momento de la lectura, es necesario destacar que una filosofía de la ciencia de enfermería debe juzgarse por su capacidad para ayudar a los profesionales de enfermería académicas a crear mejores conocimientos de enfermería (176).

Aportes de Leonardo Boff

Ahora bien, desde una mirada filosófica, Boff, uno de los más estudiosos del cuidado, estableció cuatro grandes propuestas que le dan sentido al cuidado, y se constituyen referentes filosóficos en el accionar de la disciplina (177):

Primero: el cuidado es una actitud de relación amigable, suave, armoniosa, amorosa y protectora de la realidad ambiental, social y personal.

Segundo: el cuidado es todo tipo de inquietud, preocupación, malestar, desasosiego y hasta miedo por personas y realidades con quienes se está involucrado afectivamente y por eso resultan significativas.

Tercero: el cuidado es una vivencia que relaciona la necesidad de ser cuidado, la predisposición a cuidar y la voluntad, creando un grupo de apoyos y protecciones que posibilitan esa relación indisoluble en los ámbitos social, personal y con todos los seres vivos.

Cuarto: el cuidado-precaución y el cuidado-prevención hacen referencia a las actitudes y comportamientos que se deben evitar por sus consecuencias previsibles e imprevisibles, que son debidas algunas veces a la inseguridad de los datos científicos y a lo imprevisible de los efectos perjudiciales al sistema-vida y al sistema-tierra.

En ese mismo sentido, el valor del cuidado se vive cuando aumenta o devuelve la esperanza de existir y de alcanzar la autonomía, y permite al profesional de enfermería dimensionar ese poder terapéutico que tiene para sí misma y para los demás.

Según Mayeroff, el cuidado, además, significa aprecio, compasión, empatía, conocimiento de sí y de otros; también implica ser capaz de sentir desde adentro lo que la otra persona siente, y determinar lo que requiere para crecer. El alcance moral del cuidado es la ética de la responsabilidad, enfatiza que los valores se descubren en el cuidado y se articulan con las respuestas humanas del ser. Mayeroff caracteriza el cuidado como se describe a continuación (178):

- Conocer significa entender las necesidades de la otra persona y ser capaz de dar un cuidado adecuado, conocer las propias capacidades y fortalezas para dar una respuesta como la persona espera; este conocimiento puede ser explícito o implícito.
- Alternar ritmos, establecer movimientos de ida y vuelta entre los momentos del cuidado, centrarse en los detalles a veces y, en otras ocasiones, en el panorama más amplio de la persona, así como realizar acciones o no hacer nada y observar permanentemente las acciones y omisiones para retroalimentarlas.
- Paciencia, es decir, permitir que el otro crezca en su propio tiempo, en su propio camino y a su propio ritmo.
- Honestidad, que significa estar abierto a uno mismo, para los demás y verlos como realmente son y como soy yo mismo; por esta razón, es necesario ser auténtico en el cuidado.
- Confianza, que implica dejar ir, permitir que el otro crezca en su propio tiempo a su manera para ser mejor, lo que supone un riesgo y un salto a lo desconocido; representa creer en el otro en que ambos crecen.
- Humildad, referente a que siempre hay algo más que aprender, incluyendo el aprendizaje de la persona y de los propios errores; la humildad también significa superar pretenciosas actitudes.
- Esperanza, que se debe basar en las posibilidades presentes y realistas, sin

confundirse con una ilusión; su falta carcome todo sentido de dignidad.

- Valor, esta fortaleza es fundamental, ya que el cuidado es un viaje a lo desconocido en cualquier relación humana.

Con estos y otros aportes, la reflexión filosófica sobre la naturaleza del cuidado transporta a la determinación de influyentes filósofos y filósofas de la enfermería, quienes, en el transcurrir del tiempo, han discurrecido acerca del cuidado como sustantivo en la vida del ser. No se puede negar que este discurso se debe relacionar con las asunciones hechas por la enfermería en esta época posmoderna, en la que se acepta que el cuidado es el núcleo epistémico y el objeto de estudio de la disciplina.

Dado el hecho de que los puntos de vista filosóficos, como profesión, impregnan la práctica y la investigación, si existe consciencia de ello o no, es ventajoso tomar unos minutos para considerar cuáles son los puntos de vista filosóficos sobre conceptos relevantes como *salud, seres humanos, medioambiente y enfermería*. Esto se puede hacer, explorando las cosmovisiones de enfermería (179).

En un sentido amplio, una cosmovisión o paradigma refleja la disciplina en su conjunto y el sujeto de estudio abordado por la disciplina. Una cosmovisión busca responder a dos tipos de problemas filosóficos: puntos de vista de la realidad (ontología) y puntos de vista del conocimiento (180).

Aportes de Newman, Sime y Corcoran-Corcoran-Perry

Los estudiosos de enfermería han ofrecido varias perspectivas filosóficas. Newman, Sime y Corcoran- Corcoran-Perry (181), ofrecen tres perspectivas sobre la teoría de la enfermería y el desarrollo del conocimiento práctico:

Era I: determinística - fragmentada: está enraizada en las ciencias biofísicas, las personas

son vistas como aislables y reducibles con propiedades que pueden medirse. El cambio es estático, lineal y causal.

Era II: integrativa - interactiva: orientada sobre las bases epistemológicas de las ciencias sociales, considera que las personas tienen múltiples partes interrelacionadas en relación con un contexto ambiental específico. El cambio es recíproco y probabilístico. Los métodos de investigación son cuantitativos y descriptivos.

Era III: transformadora - unitaria: deriva de las ciencias humanísticas, las personas son vistas como unitarias, autoorganizadas e integradas en un campo de energía ambiental. El cambio es unidireccional e impredecible. Los métodos de investigación son descriptivos y cualitativos (180).

A partir de un análisis de estas y otras cosmovisiones, Fawcett (182) llegó a su síntesis de las cosmovisiones en tres partes: reacción, interacción recíproca y acción simultánea.

Un profesional que practica desde la perspectiva determinístico-fraccionada o de reacción, considera los fenómenos como reducibles y con propiedades totalmente definibles que están conectadas entre sí de manera ordenada y predecible. El cambio se ve como algo que se puede controlar. Los seres humanos son vistos como un compuesto de partes, como seres biopsicosociales-espirituales. La metáfora de los seres humanos es la “máquina”.

La perspectiva de interacción integradora o recíproca presenta fenómenos que tienen múltiples partes interrelacionadas y cambios en función de múltiples factores y relaciones probabilísticas (182). Los seres humanos son vistos como holísticos, con partes entendidas dentro del contexto del todo. Los seres humanos son activos, actuando en un ambiente pasivo. El organismo biológico es la metáfora de los seres humanos (179).

Desde la perspectiva de la acción unitaria transformadora o de acción simultánea, el funcionario de enfermería ve los fenómenos

como unitarios, autoorganizados, identificados por patrones y en proceso con el entorno. El cambio en los seres humanos y su entorno es continuo e impredecible. El evento histórico, con la persona como parte de un cambio continuo y un contexto histórico, es la metáfora de los seres humanos.

Aportes de las teorizantes Leininger y Watson

Dentro de la Era III, dos líderes de enfermería, Madeleine Leininger y Jean Watson, han dedicado sus carreras al estudio y la evolución del significado del cuidado. El tema del cuidado presentado por cada teórica ha sido explorado desde sus puntos de vista sobre la naturaleza de la enfermería, el uso de estrategias de desarrollo de la teoría y sus contribuciones individuales al desarrollo del conocimiento de enfermería.

Ambos trabajos identifican a la enfermería como una ciencia humanista, con el concepto de cuidado como el dominio unificador central de la enfermería. Consistente con sus creencias, de que las ciencias humanísticas requieren una metodología de investigación diferente para estudiar lo que es exclusivamente humano, ambas han utilizado metodologías de investigación cualitativa en su estudio de la atención.

La evolución de cada perspectiva teórica de la atención refleja sus propios antecedentes y experiencias. Por lo tanto, cada autora, ha pintado un retrato diferente del cuidado, demostrando un énfasis diferente en las preocupaciones filosóficas, culturales y empíricas. Tanto Leininger como Watson, han demostrado su maestría en sus retratos individuales del cuidado y en sus contribuciones al desarrollo del conocimiento de enfermería (183).

Para Leininger, el cuidado debe colocarse en un contexto cultural ya que los patrones de cuidado pueden diferir transculturalmente.

El objetivo de la teoría del cuidado cultural es proporcionar cuidado de enfermería

culturalmente congruente, que se refiere al cuidado que se ajusta o tiene significados beneficiosos y resultados de salud para personas de diferentes orígenes culturales similares. En este caso, se trata de tomar las características familiares, luego locales de la comunidad y la parroquia, que a la vez responde a la cosmovisión de la provincia y el país.

Leininger, definió el cuidado de enfermería culturalmente congruente como los actos o decisiones de habilitación, asistencia, facilitación o apoyo con base a la cognición que están hechos a medida para adaptarse a las creencias, valores culturales y formas de vida de una persona, grupo o institución (184). Como complemento a su teoría, Leininger ha desarrollado instrumentos para guiar la recopilación de datos de evaluación relevantes o en la realización de lo que ella denomina evaluación cultural.

La valoración de la cultura consiste en una descripción integral y holística de los antecedentes de la persona, que incluye comunicación y lenguaje, consideraciones de género, relaciones interpersonales, apariencia, vestimenta, uso del espacio, alimentos, preparación de comidas y formas de vida relacionadas.

La teoría de Leininger tiene aplicabilidad práctica en el cuidado de personas de orígenes raciales y étnicamente diversos, pero también permite a los profesionales de enfermería satisfacer las necesidades de cuidado cultural de aquellos que pertenecen a culturas y subculturas tales como aquellas clasificadas en función de la orientación sexual (lesbiana, gay, bisexual, grupos transgénero), capacidad/ discapacidad (discapacidad visual/ discapacidad auditiva/ deficiente visual), ocupación (cultura de enfermería, medicina o militar), edad (cultura de la juventud, adolescencia, vejez), o estado socioeconómico (cultura de pobreza o riqueza, cultura de las personas sin hogar).

Leininger, ha postulado en su teoría que hay tres modos de guiar los juicios, decisiones o

acciones de atención de enfermería para que los profesionales de enfermería en una variedad de entornos de práctica puedan brindar atención que sea congruente y que beneficie o tenga significado para los usuarios. Los tres modos de cuidado de la cultura son: a. Preservación y/o mantenimiento, b. Acomodación y/o negociación, y c. Reorganización y/o reestructuración. Estos modos han influido sustancialmente en la capacidad de los profesionales de enfermería para proporcionar cuidados de enfermería culturalmente congruentes y han fomentado el desarrollo de enfermeras culturalmente competentes (13, 15, 185–189).

Mientras que, Watson se ha centrado en lo filosófico (existencial-bases fenomenológicas) y espirituales del cuidado y ve el cuidado como el ideal ético y moral de la enfermería. La autora establece la Ciencia del Cuidado (Caring Science) en 10 procesos (190–192):

1. Mantener valores humanista-altruistas mediante la práctica de la bondad amorosa, la compasión y la ecuanimidad con uno mismo y con otros.
2. Estar auténticamente presente, permitiendo el sistema de fe/ esperanza/ creencia; honrando el mundo subjetivo interno de la vida de uno mismo y de otros.
3. Ser sensible a sí mismo y a los demás, al cultivar sus propias prácticas espirituales; más allá del ego a la presencia transpersonal.
4. Desarrollar y mantener relaciones amorosas y de confianza.
5. Permitir la expresión de sentimientos positivos y negativos: escuchar auténticamente la historia de otra persona.
6. Creativamente resolución de problemas- 'búsqueda de soluciones' a través del proceso de cuidado; uso completo de sí mismo y el arte de las prácticas de curación a través del uso de todas las formas de saber/ ser/ hacer/ llegar a ser.

7. Involucrarse en la enseñanza y el aprendizaje transpersonal dentro del contexto de una relación de cuidado; mantenerse dentro del marco de referencia de los demás hacia el modelo de entrenamiento para una mayor salud-bienestar.
8. Crear un ambiente curativo en todos los niveles; ambiente sutil para una presencia energética auténtica y cuidadosa.
9. Asistir reverencialmente con las necesidades básicas como actos sagrados, tocar el cuerpo, la mente y el espíritu del otro; sosteniendo la dignidad humana.
10. Apertura a lo espiritual, misterio, incógnitas, permitiendo milagros.

En los países desarrollados se ha alcanzado la imbricación de estos elementos en el ejercicio profesional, sin embargo, en los países en desarrollo, las falencias en la docencia y su vinculación en la práctica han hecho que aún se enfoquen en filosofías relacionadas con la Era I, que, si bien son válidas, no incorporan elementos sociales u ontológicos.

3.2. Fundamentos epistemológicos de enfermería

La epistemología estudia desde el punto de vista filosófico el origen la naturaleza y los límites del conocimiento humano. Este término se deriva del griego *epistēmē* que significa “conocimiento”, y *logos* que significa “razón”, y, en consecuencia, en el campo algunas veces se conoce como la *teoría del conocimiento*. La epistemología tiene su historia dentro de la filosofía occidental, comienza con los antiguos griegos y continúa hasta la actualidad. Es una de las cuatro ramas principales de la filosofía junto con la ética, la lógica y la metafísica y casi todos los grandes filósofos han contribuido en la búsqueda del conocimiento (193).

En los últimos 50 años, ha habido importantes avances en la teoría del conocimiento dentro de la disciplina de enfermería. En toda la literatura se ha mantenido un enfoque constante en la persona, el medioambiente y la salud como conceptos fundamentales para el desarrollo del conocimiento disciplinario. Se han derivado múltiples teorías del enfoque en estos conceptos centrales, comenzando con grandes teorías hasta el enfoque actual en el desarrollo de teorías de rango medio.

Sin embargo, aún falta un largo campo para estar a la par de las necesidades de la población en el desarrollo de la disciplina. En una mirada prospectiva, hay varios enfoques que se pueden utilizar para desarrollar aún más la disciplina. Primero, es la necesidad de aceptar una perspectiva disciplinaria general y promulgarla ampliamente en investigación, educación y práctica profesional. En este sentido, debe destacarse que el proceso transformador unitario persona-ambiente-salud puede servir como la perspectiva fundamental de la disciplina (194).

El cuerpo en sí ha sido, a lo largo de la historia, el primer instrumento usado por una persona para ejercer el cuidado; actualmente, sigue siendo el instrumento principal para brindar los cuidados de enfermería, en el sentido de que es el mediador, el vehículo de los cuidados. Desde este punto, parte la necesidad de descubrir nuevamente las propiedades del cuerpo. Tales propiedades son: propioceptivas, energéticas, mecánicas, térmicas, entre otros; propiedades en dos vertientes, desarrolladas o inhibidas, lo que se traduce en reacciones de empatía o en mecanismos de defensa bio-psico-afectivos.

A través del uso del cuerpo se pueden proporcionar cuidados a otra persona. Esto conduce a preguntarnos por la utilización del cuerpo y el uso de los sentidos para diferenciar y proporcionar los cuidados.

En primer lugar, se describe el tacto: es el primer sentido que se utiliza para proporcionar los cuidados. El primer cuidado que se recibe es a través de la madre y, luego, por las manos de

todas las personas que cuidan.

El oído es el que nos transmite el mensaje entendido; es el medio de la escucha. La escucha solo tiene sentido si se puede analizar y compartir para entenderlo. El oído, que localiza ruidos casi imperceptibles, diferencia silencios insólitos, que identifica a quienes se callan, que capta la risa, que oye los llantos, e, inclusive, el oído que tolera la agresión porque puede encontrar las razones de esta y que intenta comprender el simbolismo de las palabras.

La vista, por su parte, descubre rostros y sitúa a las personas en su entorno, descifra los mensajes enviados por todo el cuerpo según como se encuentre: contorsionado, doblado, nervioso, suplicante, angustiado, inmóvil o receptivo, tranquilo, expresivo, en espera, desafiante o desplegado. Pero no se puede hablar del cuerpo como el primer instrumento privilegiado del cuidado, solo mencionando los sentidos; también significa redescubrir la sensibilidad, descubrir lo que siente, buscar lo que sienten los demás e intentar ser más claro con lo que uno mismo siente.

Después del cuerpo, como principal vehículo de los cuidados, también es preciso tener en cuenta:

- Las tecnologías que se relacionan con los cuidados de costumbre y habituales para mantener la vida, los cuales comprenden todos los instrumentos físicos que sirven para garantizar el mantenimiento de la vida cotidiana. Su uso requiere un estudio de los hábitos de vida que se refieren al tipo de alimentación, al aseo, a la manera de moverse, al significado de la ropa, a la organización del espacio dentro de la habitación, de la vivienda, entre otros, de parte de los cuidadores.
- Las tecnologías para la curación, que se basan esencialmente en las técnicas o en el “modo de empleo” de los instrumentos físicos para valorar el estado de salud, como el termómetro, el tensiómetro, el estetoscopio, y para mejorar el estado

fisiológico, como sondas, catéteres, medicamentos. Sobre ellos, el proceso de aprendizaje de enfermería ha omitido con frecuencia el desarrollo de una reflexión sobre su utilización, así como sobre los límites de su uso.

- Las tecnologías de información, de su parte, actualmente cuentan con dos tipos de instrumentos principales: los que se constituyen por las historias clínicas o de acción sanitaria y, de igual manera, los que contribuyen a la gestión del cuidado de enfermería.

Dado que el cuidado de la salud ahora es global, también es importante tener en cuenta una visión mundial de la enfermería y la aceptación cultural de la perspectiva disciplinaria de esta rama. Lo más importante es que la perspectiva disciplinaria de enfermería se debe incorporar a la investigación, la educación y la práctica profesional para avanzar en la disciplina, y la teoría debe ser un componente integral del desarrollo científico propio (195).

Con base en las posturas filosóficas descritas en el apartado anterior y considerando los argumentos de cada enfoque de la ciencia y el arte de la profesión, aparece un problema epistémico irreconciliable que surge de una suposición ontológica más profunda de dos tipos diferentes de “cosas” en el mundo: eso con propiedades determinadas como esenciales, evidentes, medibles (glóbulos rojos, úlceras por presión, enfermedad, signos, entre otros), que, a través de la ciencia, la investigación autoriza claramente su uso, y, por otro lado, las propiedades indeterminadas y cambiantes (intuiciones, sentimientos, creencias, experiencias y expectativas) que requieren una negociación continua para su uso.

Los profesionales de enfermería, al no entender que ontológicamente el mundo no puede verse como realidad única y que todo es concreto e irreductible, es importante que hoy entienda que los fenómenos pueden tener diversas ópticas, es

decir que el mundo tiene un vector característico en que la realidad es una construcción continua por la cual sujeto (cualitativo) y objeto (objetivo) son productos y no constituyentes independientes de la realidad.

Como ciencia con un alto componente práctico, la enfermería tiene que incorporar teorías de otros campos del saber. En los últimos años, los avances en áreas como robótica, ofimática, genética, farmacología, biología, nanotecnología, tecnologías de la información y comunicación, psicología, medicina, educación, neurociencias, neuroeducación, entre otros, redefinen constantemente su espectro teórico y práctico.

Entre las más relevantes en la actualidad, se puede decir que las neurociencias han dado un vuelco a marcos conceptuales que se creían como verdades absolutas; entre los más notables está el desarrollo cerebral.

Dicho esto, en los últimos 20 años, se ha visto una rápida expansión de la investigación sobre el desarrollo del cerebro adolescente. En la formación académica, tener en cuenta las diferencias individuales es particularmente importante, si los hallazgos de los estudios de neurociencia tienen relevancia en la vida real; por ejemplo, en las áreas de salud pública y educación.

En estos dominios, un enfoque único para todos podría no ser apropiado. Así, la investigación sobre el tema sugiere que el estado socioeconómico, la cultura y el entorno de los pares son tres fuentes de variación que afectan el desarrollo neurocognitivo en la adolescencia, y esto, a su vez, podría tener implicaciones sobre cómo los diferentes adolescentes aprenden en la escuela o responden a la salud pública. La variabilidad individual debe tenerse en cuenta a medida que se continúa refinando la comprensión del cerebro adolescente (196).

3.3. La praxeología de enfermería

La praxeología es una teoría de la acción o práctica humana. Derivado etimológicamente del griego *praxis* (acción intencional) y *logos* (palabra-pensamiento o principio del conocimiento), los orígenes de la praxeología radican en la preocupación de la filosofía moral griega, en particular de Aristóteles, con el conocimiento al servicio del mejoramiento humano, lo que ahora se comprende con el término *cumplimiento* o bienestar.

Las aplicaciones modernistas de la praxeología se expresaron en la economía austriaca del siglo XIX, las teorías del aprendizaje y el desarrollo organizacional del siglo XX a través del Aprendizaje en Acción, así como la teoría praxeológica de Bourdieu en sociología. Esencialmente, la praxeología puede entenderse como una teoría del conocimiento práctico.

La relevancia de la praxeología para la investigación en acción es doble, especialmente en enfermería por su carácter de arte y porque su sujeto de estudio es el ser humano (único e irreplicable) y la manera como experimenta la salud. En primer lugar, existe una preocupación compartida de que el conocimiento debe servir a la práctica y un valor central de que el punto de entender una situación es cambiarla. En segundo lugar, la praxeología y la investigación de la acción valoran el conocimiento adquirido a través de la acción, y la interrelación entre el autoconocimiento y el conocimiento emergente del investigador en su contexto organizacional.

La definición clásica de la enfermería como ciencia y arte, por lo general, no deja clara la diferencia de cada elemento, por lo que sus límites subyacen en la ambigüedad, pues se continúa estimulando el pensamiento sobre estos asuntos importantes para los profesionales de enfermería (179). Entonces, como arte, la enfermería tiene su *praxis*, la cual se describe a continuación.

Al respecto, Peplau es bastante enfática al afirmar la absoluta necesidad, pero inherentemente imposible, de describir la enfermería como un arte y una ciencia para superar esa visión clásica: la combinación del arte y la ciencia de la enfermería impone una complejidad en la práctica profesional de enfermería que prácticamente desafía la descripción (197). Esta imposibilidad tiene otra manifestación importante, la “brecha teoría-práctica”.

Se ha descrito esta situación como un problema fundamental en la filosofía de la enfermería, porque habla de una relación disfuncional e insalvable entre el conocimiento generado por la ciencia y el conocimiento necesario para guiar la práctica competente de enfermería (176). Esta disyuntiva ha generado un cisma teoría-práctica que dificulta los juicios teóricos con las experiencias prácticas, como, por ejemplo, la satisfacción del ser humano por el cuidado provisto (167).

Al respecto, la Oficina Nacional de Educación de China señaló que, para la certificación profesional de enfermería, un programa de esta disciplina debe cultivar habilidades de pensamiento crítico, sólidos conocimientos teóricos, fuertes habilidades prácticas y habilidades de investigación científica en sus estudiantes (198).

Proceso enfermero como método científico propio

La práctica profesional se centra en su Proceso de Enfermería; este representa el método científico propio. Sus inicios datan de 1958. Ida Jean Orlando fue la precursora del proceso de enfermería, el cual guía la atención de esta disciplina en la actualidad. Este proceso se define como un enfoque sistemático de la atención, que utiliza los principios fundamentales del pensamiento crítico, tareas orientadas a objetivos, enfoques de tratamiento centrados en el cliente, recomendaciones de práctica basada

en la evidencia (EDP) e intuición de enfermería. Los postulados holísticos y científicos se integran para proporcionar la base para una atención compasiva basada en la calidad.

El proceso de enfermería funciona como una guía sistemática para la atención centrada en el cliente con cinco etapas secuenciales: valoración, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación. Las últimas cuatro fases pertenecen a lo que, en la actualidad, se denomina lenguajes estandarizados, porque resultan de un consenso mundial producto de una validación científica basada en evidencias (199, 200).

La valoración. Es la primera fase, involucra habilidades de pensamiento crítico y recolección de datos subjetivos y objetivos. Los datos subjetivos implican declaraciones verbales del paciente o cuidador. Los datos objetivos son tangibles y medibles, como signos vitales, ingesta y salida, y altura y peso (201).

Los datos que se reportan en la valoración pueden provenir directamente del paciente o de los cuidadores principales que pueden o no tener una relación directa con los miembros de la familia. Los amigos pueden desempeñar un papel en la recopilación de datos (202).

La formulación de un diagnóstico de enfermería es la segunda fase, mediante el uso del juicio clínico que ayuda en la planificación e implementación de la atención al paciente. La Asociación Norteamericana de Diagnóstico de Enfermería (NANDA, por sus siglas en inglés) proporciona a los profesionales de enfermería una lista actualizada de diagnósticos. Según dicha organización, este diagnóstico se define como el juicio clínico que se hace sobre las respuestas a problemas de salud reales o potenciales por parte del paciente, la familia o la comunidad (203).

Un diagnóstico de enfermería abarca la Jerarquía de necesidades de Maslow, y ayuda a priorizar y planificar la atención en función de los resultados centrados en el paciente. En 1943,

el psicólogo desarrolló una jerarquía basada en necesidades básicas innatas para todos los individuos (13).

Las necesidades-objetivos fisiológicos básicos deben cumplirse antes de que se puedan alcanzar necesidades-objetivos más elevados, como la autoestima y la autorrealización. Las necesidades fisiológicas y de seguridad proporcionan la base para la implementación de los cuidados de enfermería y las intervenciones. Por lo tanto, están en la base de la pirámide de Maslow, sentando los soportes para la salud física y emocional (204).

La etapa de planificación es la tercera fase, en que se formulan los objetivos y resultados que impactan directamente en la atención al paciente, según las pautas de EDP. Estos objetivos específicos del paciente y el logro de tales ayudan a asegurar un resultado positivo.

Como resultado de la organización del trabajo en las fases previas, los planes de cuidado de enfermería son esenciales en esta etapa de establecimiento de objetivos. Los planes de atención proporcionan un curso de dirección para la atención personalizada adaptada a las necesidades únicas de un individuo. La condición general y las condiciones comórbidas juegan un papel en la construcción de un plan de atención.

Los planes de cuidado mejoran la comunicación, la documentación, el registro y la continuidad de la atención en todo el proceso de atención en salud. Para ello, las metas deben ser: específicas, medibles o significativas, alcanzables y orientadas a la acción, realistas y orientadas a los resultados, oportunas y orientadas al tiempo (205, 206).

La implementación es la cuarta fase. Se entiende como el paso que implica la realización real de las actividades de enfermería que se han descrito en el plan de atención. Esta fase requiere intervenciones de enfermería, como la aplicación de un monitor cardiaco u oxígeno, atención directa o indirecta, administración

de medicamentos, protocolos de tratamiento estándar y estándares (EDP).

La evaluación es el último paso del proceso de enfermería. Es vital para un resultado positivo para el paciente. Cada vez que un proveedor de atención de salud interviene o implementa atención, debe evaluar o volver a evaluar para garantizar que se haya alcanzado el resultado deseado. La reevaluación puede ser necesaria con frecuencia, dependiendo de la condición general del paciente. El plan de atención puede adaptarse según los nuevos datos de evaluación (207, 208).

En la práctica, estas fases se solapan porque, mientras se ejecuta algún plan de cuidado (cuarta fase), se identifican nuevos signos y síntomas (primera fase), se elaboran diagnósticos (tercera fase), y evalúan intervenciones previas (quinta fase).

En los escenarios académicos se practica la sistematización del Proceso Enfermero en los servicios básicos de todos los niveles de atención de salud (209), en países con los recursos tecnológicos necesarios, y lo implementan de manera digital en los servicios (210). Sin embargo, su registro en los formularios de los sistemas de salud no resulta fácil, entre otras cosas, por la subvaloración de su actividad o la diversidad de información que se requiere recopilar y organizar (211–213).

Falencias o retos para las buenas prácticas profesionales

A pesar de los avances mostrados en la sistematización de la práctica, los profesionales de enfermería demuestran carencias de los conocimientos necesarios para implementar el proceso de enfermería. Además, factores como las relaciones entre enfermeras y pacientes dificultan la implementación del proceso.

En el escenario nacional, una proporción importante de los participantes de un estudio carecían de la experiencia suficiente para

aplicar el proceso de enfermería en la práctica estándar. Por otra parte, la escasez de recursos disponibles, junto con el aumento de las cargas de trabajo debido a las altas relaciones entre pacientes y enfermeras, contribuye a la falta de implementación del proceso de enfermería en la prestación de cuidado de la persona, la familia y la comunidad (214–216).

Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermería

Desde el punto de vista axiológico, como componente filosófico, el Código Deontológico del CIE para la profesión de enfermería toma en cuenta cuatro elementos que constituyen el marco de las normas de conducta, a saber: el profesional de enfermería y la profesión, la práctica, las personas, y sus compañeros de trabajo (217). Este instrumento está validado por al menos 110 países, y rige también la práctica profesional, que representa los cánones fundamentales en el quehacer de la disciplina.

De acuerdo con el código de los funcionarios de enfermería, se cuenta con cuatro responsabilidades fundamentales: promover la salud, prevenir enfermedades, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. Además, reconoce que la necesidad del cuidado de enfermería es universal.

Inherente a la enfermería, es el respeto por los derechos humanos, incluidos los derechos culturales, el derecho a la vida y la elección, a la dignidad y a ser tratado con respeto. La atención de enfermería es respetuosa y no está restringida por consideraciones de edad, color, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, orientación sexual, nacionalidad, política, raza o condición social. Se prestan servicios de salud al individuo, la familia y la comunidad y coordinan sus servicios con los de grupos relacionados.

El Código muestra cuáles son los fundamentos éticos de la profesión y sirve de guía para el comportamiento y las actitudes éticas del

enfermero en la práctica profesional. También es la carta de presentación a la sociedad sobre los compromisos profesionales que adquieren los funcionarios de esta área con las personas atendidas, las familias, la comunidad y la sociedad.

Este código recoge lo que los servidores consideran sus prácticas laborales profesionales eficientes. Está estructurado sobre la base de cinco valores: responsabilidad, autonomía, privacidad-confidencialidad, justicia social y compromiso profesional. A través de estos valores, las actitudes y comportamientos éticos del enfermero que son necesarios para el ejercicio de la profesión, respetando siempre la dignidad de la persona atendida. La elección de dichos valores responde a los que prevalecen internacionalmente en los códigos deontológicos del enfermero.

3.4. Aportes epistemológicos para enfermería de las ciencias de la salud

Como parte de las ciencias de la salud, al igual que otras disciplinas afines, la enfermería se nutre de marcos teóricos más amplios que las que demanda su propio corpus de conocimiento, que se han generado en el contexto mundial, especialmente dirigidos a las mejoras de la salud pública. De manera sucinta, podemos mencionar los referentes más importantes:

a. Atención Primaria de Salud

En la Conferencia mundial de Alma Ata, en 1978, se reconoce la importancia de la Atención Primaria de Salud, como factor determinante en el ejercicio integral de los funcionarios de esta disciplina:

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 (218, 220).

b. Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS)

El carácter sincrético y holístico del cuidado de Enfermería contribuye de manera general en los 17 Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) pues su práctica profesional abarca la experiencia humana y su influencia en la salud. Su participación es esencial en el ODS 3, denominado Salud y Bienestar (162), el cual está referido a “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” (163–165); además, se estima el objetivo 5, relativo a lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas (30).

En el resto de los 17 ODS, tiene impacto gracias al ejercicio del liderazgo profesional que enmarca una serie de procesos colaborativos que se producen en grupos y comunidades, y está relacionado con la responsabilidad social y la buena ciudadanía, lo cual se enlaza con las responsabilidades profesionales y éticas de los profesionales de enfermería acerca del derecho humano a la salud.

En primera línea, los profesionales de enfermería colaboran con los pacientes, al empoderarlos de manera que ellos mismos puedan realizar cambios positivos; también poseen habilidades en el arte de la persuasión, un proceso que implica relaciones y negociación (221).

c. Promoción de Salud

Los profesionales de enfermería realizan actividades para promover la salud y prevenir complicaciones, pero no las realiza en forma sistemática, y sus prácticas varían según el contexto. La participación de enfermería es

relevante siempre y cuando pueda promover la concientización entre los propios enfermeros para la necesidad de reforzar prácticas de calidad (30, 221).

d. Funciones Esenciales de la Salud Pública

Los enfermeros de las Américas han tenido mayor participación y con mayor eficacia en aquellos aspectos de la salud pública que se realizan mientras proporcionan el contacto directo, cara a cara con el usuario y los miembros de la comunidad. Por lo tanto, independientemente de que presten servicios de tipo curativos, esencialmente en los hospitales o bien se desempeñen como funcionarias distritales, los profesionales de enfermería ya están acostumbrados, además que se les acepta desempeñar las funciones de educación a los pacientes, trabajar con grupos comunitarios, fomentando conductas saludables, promocionar acuerdos entre esos grupos y organizar las principales actividades de salud preventiva.

Dicho de otra manera, las funciones de los profesionales de enfermería de salud pública se concentran tanto en el aseguramiento, mediante la prestación directa de atención y preparación de una fuerza laboral competente, como en la evaluación, a través de la participación en el monitoreo y el diagnóstico. No obstante, el papel de los profesionales en las funciones de formulación de políticas no está bien desarrollado.

Efectivamente, lo que caracteriza a enfermería en todas las sociedades es la comprensión, la identificación cercana y la confianza de los servidores de enfermería con sus pacientes. Los funcionarios de esta rama muy probablemente tienen menos distancia social con respecto a sus pacientes que los médicos u otras autoridades. Tienen muy desarrollada su capacidad para comunicarse y sus aptitudes para entender los aspectos culturales (222).

e. Los Determinantes Sociales de la Salud

Tienen que ver con la práctica diaria, a ello se le suman las acciones que tienen que ver con la enseñanza del cuidado, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la educación en cuanto a los hábitos de consumo de la familia en la vida cotidiana; asimismo, se debe mantener el seguimiento a la población sana.

Sobre la base de lo expuesto, las facultades y escuelas de enfermería deben introducir los elementos teóricos y conceptuales, en todos los niveles de formación, además de ser consistentes en la práctica clínica, haciendo un cambio en el escenario tradicional de aprendizaje, de un escenario eminentemente hospitalario a otros, en cuyo ejercicio la enfermería pueda aportar sus amplios conocimientos, así como desarrollar habilidades y destrezas en los escenarios del hogar, la familia, comunitarios y del centro de salud; es decir, de todos los escenarios donde la población vive y trabaja (223).

En el espacio sanitario ecuatoriano, tiene una participación vital, en todos los niveles de atención de salud en los que se desarrolla el Modelo Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (20). En el ámbito comunitario, enfermería tiene campos que puede aprovechar; sin embargo, se percibe la falta de liderazgo, de autonomía y de utilización de las estrategias de información para apuntalar estos espacios.

En el escenario hospitalario, este oficio es el responsable del cuidado de las personas y su familia; por ende, no significa solamente suplir las necesidades de los pacientes, sino que también involucra el dominio de las situaciones administrativas y asistenciales del servicio que lidera o dirige.

La docencia e investigación, así como la formación de nuevos profesionales, es una tarea titánica que amerita el desarrollo de

competencias, no solo las relacionadas con sus saberes, sino también con habilidades que se adquieren mediante la experiencia, las cuales deben aplicar en tiempo real; es decir, realizar prácticas en ambientes complejos como lo son las instituciones de salud, donde se involucra el sujeto de cuidado, su entorno, su familia, el mismo equipo de salud y otros profesionales del área de la salud, con quienes se debe generar una intervención holística (224).

3.5. Horizontes epistemológicos que están presentes en la profesión y que se proyectan al futuro inmediato y mediano

a. Mapa transdisciplinario de la Carrera

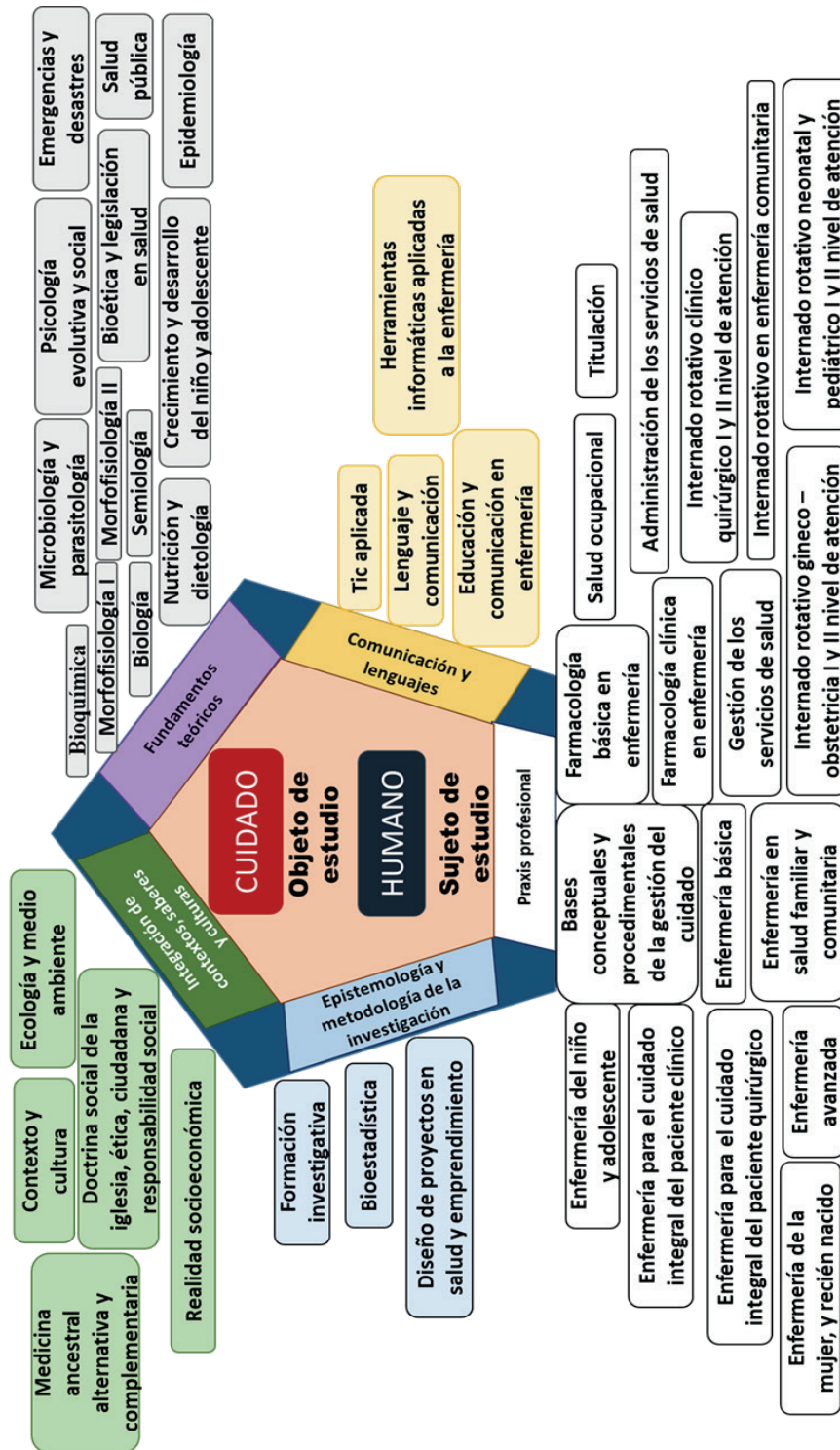


Ilustración 3: mapa transdisciplinario de la carrera de Enfermería.

En el mapa transdisciplinario se sintetizan los contenidos según cinco áreas de conocimiento. En el centro se encuentra el cuidado como el objeto de estudio de la disciplina y el humano y su entorno como el sujeto. Si bien existe un bloque de cátedras enfocadas a la formación profesional específica, denominado praxis profesional, que lógicamente tiene mayor proporción en la formación que se orientan a los servicios de los diferentes niveles de atención de salud que se denomina praxis profesional, el resto de las áreas se agrupan con base en las funciones disciplinares, el área disciplinaria de comunicación, y lenguaje agrupa asignaturas que apuntan al desarrollo de competencias genéricas como la comunicación verbal, escrita y digital.

La epistemología y metodología de la investigación contiene resultados de aprendizaje hacia la transferencia de habilidades para la planificación, organización, ejecución, publicación y divulgación de trabajos de investigación.

Los fundamentos teóricos abordan las áreas y los contenidos para el pensamiento crítico para la valoración, diagnóstico, tratamiento y alfabetización en salud, mediante el proceso enfermero como el método propio de trabajo en los escenarios a los que apunta del sistema de salud.

Por último, la integración de contextos, saberes y culturas se asocian hacia la adaptación de la praxis profesional en la cosmovisión y el imaginario colectivo local.

Dado que un análisis prospectivo implica una mirada a las tendencias mundiales y regionales y, luego de una revisión de los principales marcos teóricos de la disciplina, el presente documento incluye los aportes filosóficos y epistemológicos de las teorías más relevantes de la posmodernidad, encarnadas en Jean Watson y su triada cuerpo, mente y espíritu (190, 191, 225), de Madeleine Leininger (13, 15, 183, 186,

226) y su teoría de la enfermería transcultural, rama que se centra en el estudio del análisis comparado de las diferentes culturas del mundo, desde el punto de vista de sus valores asistenciales, de la expresión y convicción sobre la salud y la enfermedad y de los modelos de conducta. Esto, siempre con el propósito de desarrollar una base de conocimientos científicos y humanísticos que permitan una práctica de la atención sanitaria específica cultural.

En este sentido, las tendencias mundiales están avanzando hacia las neurociencias (227) en el área de la educación y el estudio del cerebro (228). También las asignaturas están permeadas por el pensamiento complejo de Morin (3, 229) y del constructivismo (230); por otro lado, y como consecuencia de la necesidad para la comunicación virtual, existe fuertes lazos con el conectivismo (231, 232), mediante la incorporación de las TIC, herramientas informáticas, entre otras.

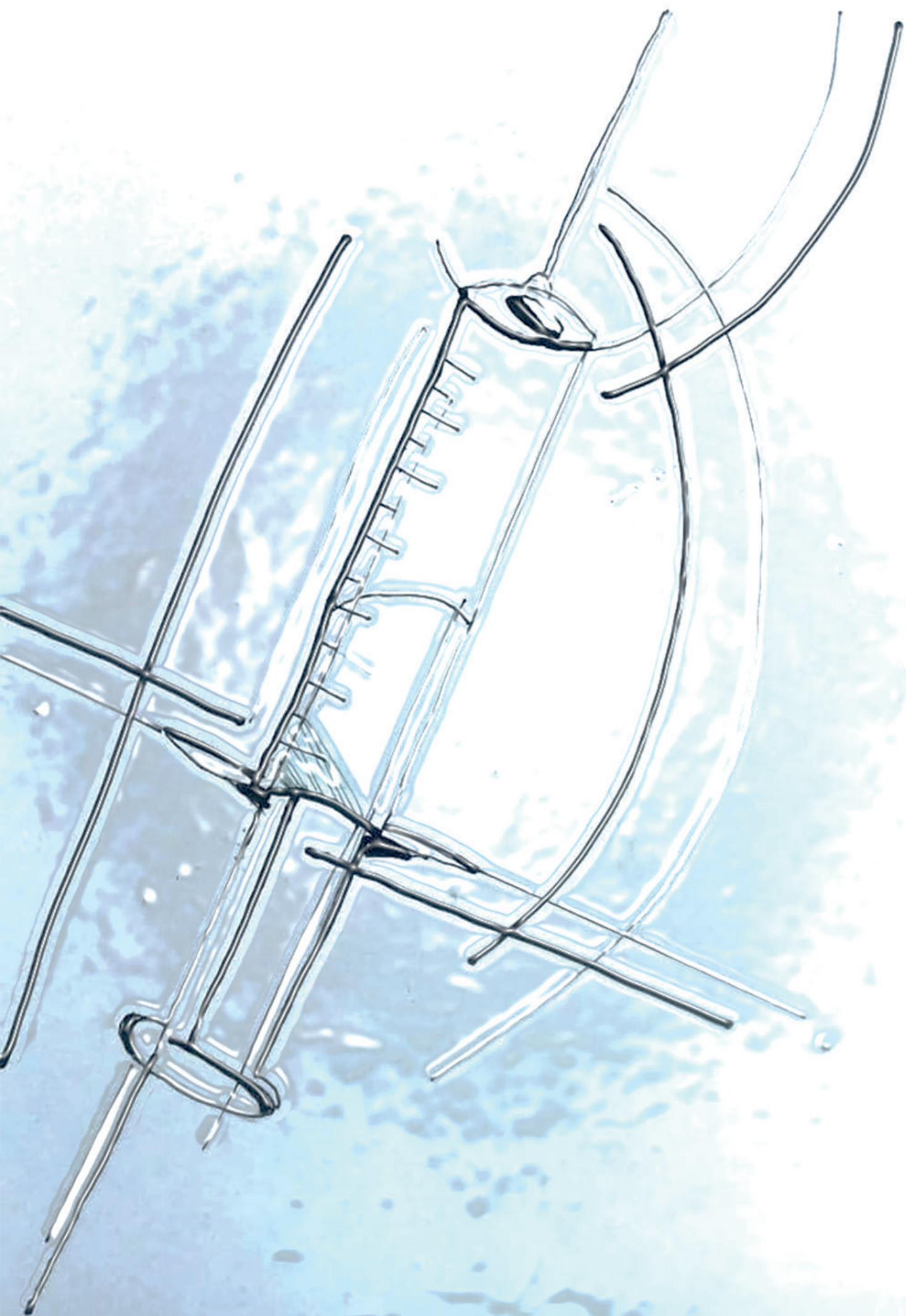
Como un eje horizontal de las propuestas curriculares vigentes, se hacen uso de las versiones más recientes en los lenguajes estandarizados del Proceso Enfermero (PE) (203, 206, 207, 233–235), aunque aún se encuentra dificultades para instrumentar, se están instrumentando estrategias para desarrollarlos en las diferentes áreas de trabajo. Asimismo, el PE es el método de trabajo que logra sistematizar el pensamiento crítico de la profesión y las herramientas para la valoración, la diagnosis, la planificación, la ejecución y la evaluación en la praxis (236), la manera de estar actualizados en este tema, en la medida que aparezcan versiones de las NANDA de diagnósticos de enfermería, así como los resultados (NOC) e intervenciones (NIC).

Desde la perspectiva axiológica, se consideraron los postulados del Código deontológico Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), que orienta la actuación de los profesionales de enfermería en ejercicio, gestores, docentes e investigadores (237–239).

En el campo de la investigación, se trabaja aún con mucha influencia del paradigma cuantitativo; sin embargo, se está iniciando en titulación en el enfoque cualitativo (182, 240–244), para ubicarse a la par de las tendencias de países latinoamericanos con mayor avance en este terreno como Brasil, Colombia, Chile, México, Argentina y Venezuela. A posteriori, se tiene previsto consolidar la intersección de estos enfoques en el campo de la investigación mixta (245, 246).

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS DE LA OFERTA DE ESTUDIOS DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA



4.1. Componente académico

A continuación, se presentan los resultados de un estudio de campo aplicado a 64 egresados de la malla 2013 de la carrera de Enfermería de la extensión Cañar durante los años 2017 y 2018, seleccionados aleatoriamente de una población de 85 (247).

capacidad para la aplicación de conocimientos en el desempeño laboral de la disciplina; asimismo, alrededor de la mitad (51%) consideran que su aplicación es alta. Cifras similares evidencian que los estudiantes asumen alta capacidad para la comunicación oral y escrita (55%) y, en grado de muy alta capacidad, en 37%.

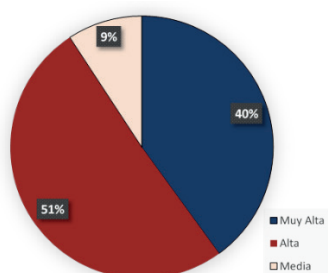


Gráfico 1
Capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica
 Fuente: Estudio consolidado de seguimiento a graduados

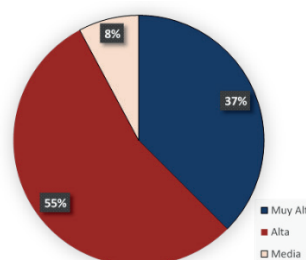


Gráfico 2
Capacidad de comunicación oral y escrita
 Fuente: Estudio consolidado de seguimiento a graduados

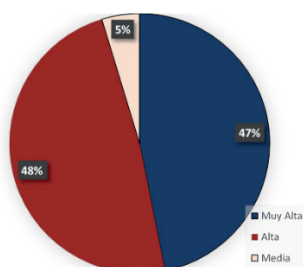


Gráfico 3
Desarrolla habilidades y destrezas en su vida profesional
 Fuente: Estudio consolidado de seguimiento a graduados

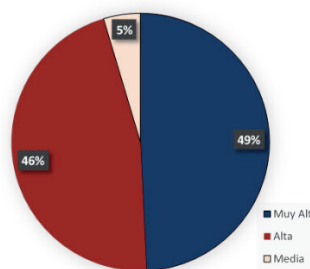


Gráfico 4
Trabajo en equipo
 Fuente: Estudio consolidado de seguimiento a graduados

Ilustración 4: resultados del componente académico

La información estadística se presenta en tres componentes, a saber: académico, heurístico–axiológico y vocacional-social. En este apartado se puede visualizar las peculiaridades de la oferta académica, a la luz de los registros más actualizados que se dispone de seguimiento a graduados y de otras fuentes de información de diferentes índoles que puedan dar una visión clara de la opinión de los egresados, así como de organismos empleadores de salud.

Este componente evalúa la opinión de los egresados sobre aspectos académicos relevantes: como puede apreciarse, un poco menos de la mitad (40%) considera que tienen muy alta

La opinión de los estudiantes sobre la valoración de sus habilidades y destrezas es que son altas en 48%, y muy altas en 47%.

Concerniente a su competencia para el trabajo en equipo, como requisito de la naturaleza interdisciplinaria del desempeño de sus funciones, casi la mitad (49%) confían que es muy alta, y alta en 46% del grupo de estudio.

En conjunto, la tendencia de las cuatro variables representa el resultado del esfuerzo denotado de la Carrera en el marco de lo académico. De esta manera, la Carrera se suscribe y apega a los principios organizacionales de asequibilidad, accesibilidad, adaptabilidad y aceptabilidad,

como ejes que se articulan transversalmente con su quehacer institucional, para el debido cumplimiento de las funciones sustantivas que le corresponde para cumplir en la máxima expresión posible la misión de impulsar al máximo el pensamiento crítico, articulando la docencia, la investigación y la vinculación con la sociedad, en que la universidad fundamenta su actuar, para generar profesionales con competencias y contribuir a las soluciones de los problemas de la sociedad (248).

Así también, es importante que se continúe la armonización de la docencia con el modelo pedagógico, en tanto que el constructivismo, la pedagogía crítica y el paradigma de la complejidad tributan a la formación centrada en el estudiante en un sentido de ser humano pleno y universal.

En este sentido, el carácter sincrético y holístico que envuelve la formación para el cuidado humano implica una visión humanística y, a su vez, con la claridad científica necesaria para la satisfacción de las necesidades de salud individuales, pero con base en la caracterización de la salud pública y sus determinantes, en el espacio territorial local y en su cosmovisión, y considerando la provincia y el país

4.2. Componente heurístico-axiológico

Respecto a otros elementos no menos importantes, en el sentido de la formación del ser mediante una conciencia planetaria, se impulsa la educación con un sentido crítico; pero, de igual manera, creativa e innovadora.

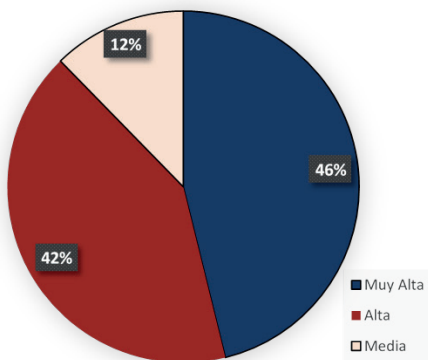


Gráfico 5

Capacidad creativa e innovación

Fuente: Estudio consolidado de seguimiento a graduados

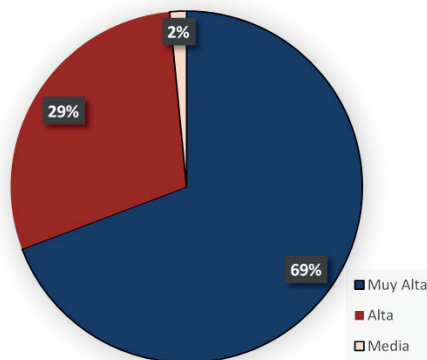


Gráfico 6

Desarrolla valores éticos dentro de la profesión

Fuente: Estudio consolidado de seguimiento a graduados

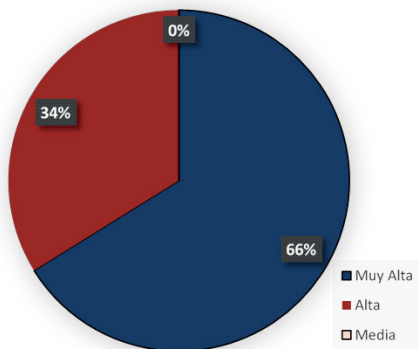


Gráfico 7

Responsabilidad social y compromiso ciudadano

Fuente: Estudio consolidado de seguimiento a graduados

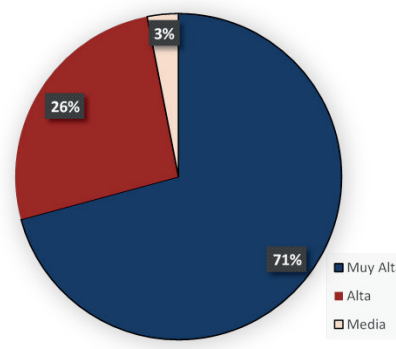


Gráfico 8

Valoración y respeto a la diversidad, multiculturalidad e igualdad

Fuente: Estudio consolidado de seguimiento a graduados

Ilustración 5: componente heurístico-axiológico.

Al igual que en otras disciplinas, la enseñanza de la ética, la bioética, la émica y otros elementos axiológicos están presentes en la población estudiantil, por lo que el rigor en la práctica profesional es un sello distintivo de la formación de profesionales de la enfermería.

Por otro lado, como una ciencia esencialmente humana, a través del contacto con personas, familias y comunidades, se asientan las bases de la alteridad, como principio cristiano, en que el estudiante, de manera personal y en equipo, aborda realidades sociales de la salud durante sus prácticas y el cumplimiento de la función sustantiva de vinculación con la sociedad.

En ese mismo orden de ideas, como un requisito reglamentario ecuatoriano y como imperativo moral, se integra la valoración de la cosmogonía y la cosmovisión locales, en este caso cañari y la preservación de esta cultura ancestral.

A continuación, se presenta otro elemento relevante que se desprende de un estudio consolidado de seguimiento a graduados más reciente, a 378 estudiantes de la carrera de Enfermería, en una muestra aleatoria de 255 estudiantes, en que se procedió a aplicar el instrumento para el efecto (249).

4.3. Componente vocacional social

En este registro, el 83% del conglomerado opina que sí existe relación directa y tangible de la preparación profesional y el trabajo desempeñado. Este logro se ha obtenido con base en la revisión y ajuste permanente de estrategias de docencia y a nivel microcurricular para que el aprendizaje aterrice en el contexto.

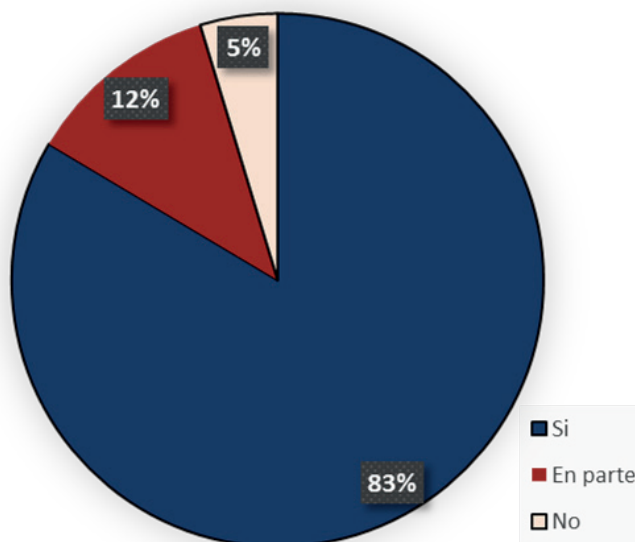


Gráfico 9
Relación del trabajo actual de los graduados de la carrera con su preparación profesional

Fuente: Estudio consolidado de seguimiento a graduados

Ilustración 6: componente vocacional-social

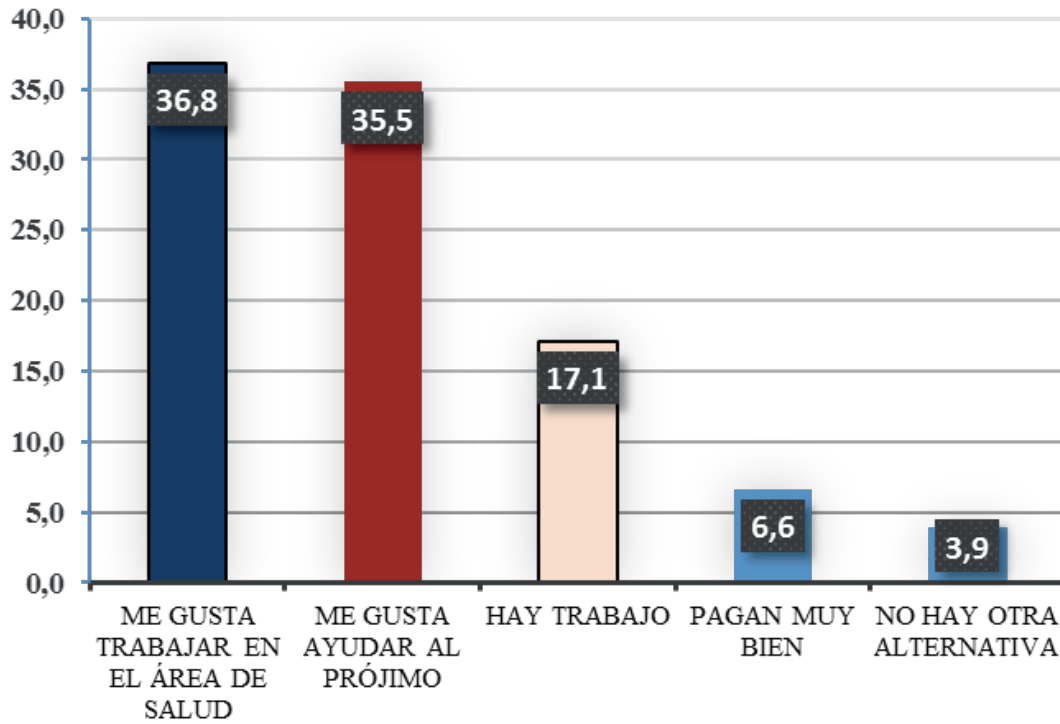


Ilustración 7: relación vocacional de egresados de la Carrera con su preparación profesional (porcentajes).
Fuente: Estudio consolidado de seguimiento a graduados (250).

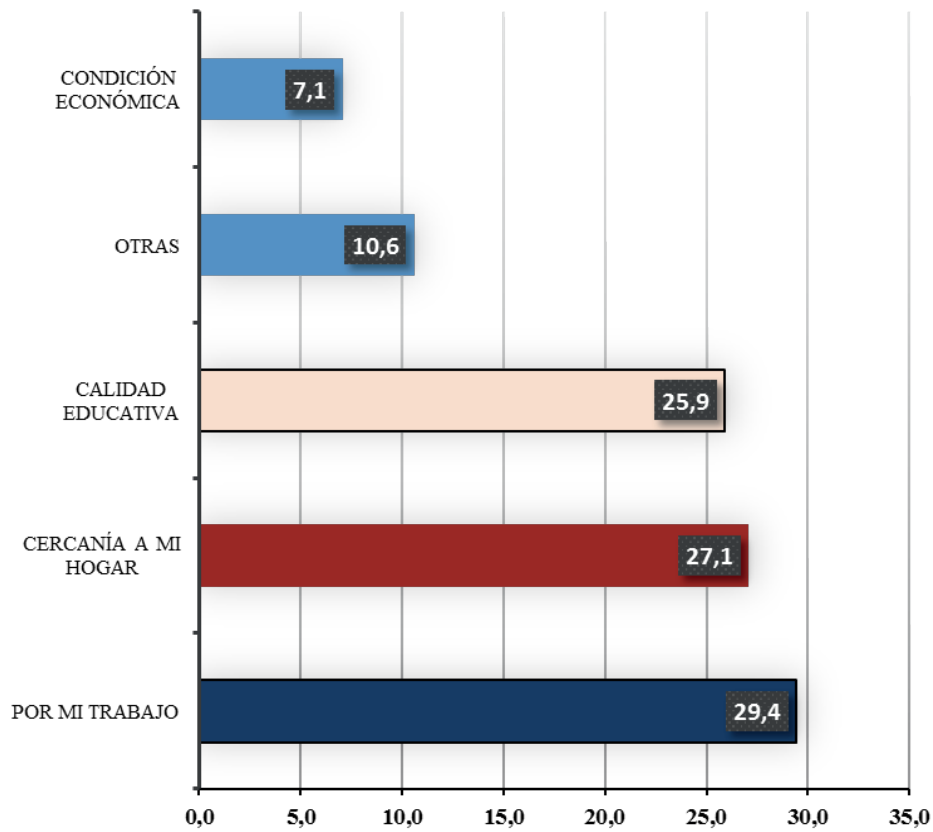


Ilustración 8: razones para elegir la carrera de Enfermería de la extensión Cañar para su preparación profesional (porcentajes).

Fuente: Estudio de mercado de la carrera de Enfermería (251).

Desde el punto de vista vocacional de la elección de la profesión de enfermería, se puede apreciar más de un 70% de los encuestados manifiesta afinidad por estudiar en el área de salud y específicamente en la enfermería; esto resulta muy importante a la hora de la autoestima académica necesaria en el desempeño la persona que ejerce la profesión, desde el punto de vista del aporte social y, a la vez, en la satisfacción personal que le puede generar su trabajo.

Las características socioeconómicas de los estudiantes y profesionales de enfermería son muy peculiares, en el sentido que se busca estudiar pero a la vez trabajar para cubrir cada una de las demandas económicas que genera estudiar esta profesión, por lo que tiene que trabajar de manera concomitante mientras estudia y, de esta manera, poder sufragar los gastos familiares, personales y superar las situaciones de movilización y otros recursos que se requieren para culminar los estudios con éxito. Otra razón que puede verse a través de la información presentada en el gráfico

anterior tiene que ver con la elección que el estudiante toma la Carrera por cercanía o por la calidad académica de la propuesta que se tiene históricamente en la extensión Cañar, específicamente en la carrera de Enfermería

A continuación, se presenta un resultado emanado de un estudio de 19 empleadores de salud, de los cuales 74% eran de cobertura nacional, dos terceras partes con características de gran empresa (252).

Como puede apreciarse, nueve de cada diez de los empleadores que formaron parte del estudio consideran suficiente, pertinente y destacable el desempeño que tienen los profesionales egresados de la carrera de Enfermería de la extensión Cañar a la hora de hacer su trabajo y de lograr a través del mismo, de manera efectiva, el logro de los objetivos institucionales; de esta forma, puede verse la pertinencia el grado de compromiso del profesional, así como la formación académica en las áreas del ser, hacer, convivir y aprender.

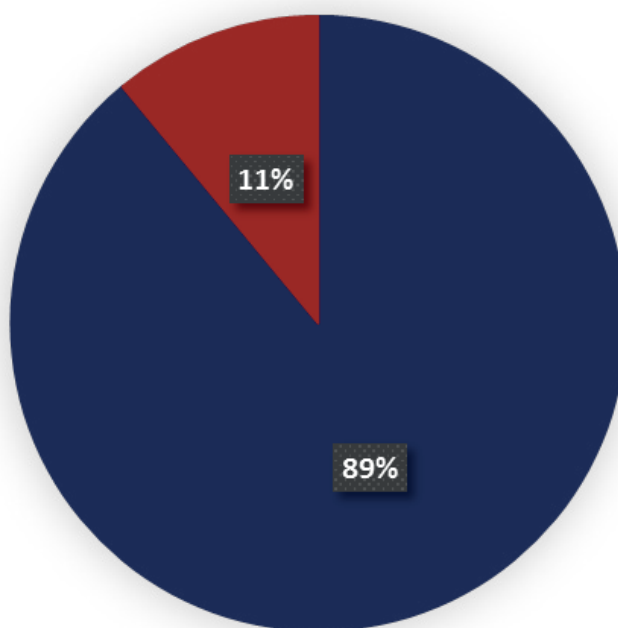


Ilustración 9: ¿el egresado de la carrera de Enfermería de la extensión Cañar planifica de manera efectiva que se logren los objetivos planteados? (porcentajes).

Fuente: Estudio de empleadores.

4.4. Movimiento de estudiantes de los últimos 10 períodos académicos

Tabla 2: aspirantes, estudiantes matriculados y egresados de la Carrera. Periodo 2015 – 2019.

Criterio Año	Año Lectivo / Ciclo	Número total de aspirantes a la Carrera	Número total de estudiantes admitidos	Número total de estudiantes matriculados	Número total de graduados
2015	2015-2015				103
	2015-2016	100	82	65	128
	Subtotal	100	82	65	231
2016	2016-2016	67	49	52	149
	2016-2017	93	78	73	154
	Subtotal	160	127	125	203
2017	2017-2017	34	32	29	154
	2017-2018	93	92	80	154
	Subtotal	127	124	109	308
2018	2018-2018	28	28	25	189
	2018-2019	74	70	69	235
	Subtotal	102	98	94	424
2019	2019-2019	32	32	25	244
	2019-2020	52	49	45	263
	Subtotal	84	81	70	507
TOTAL		573	512	463	1673
Promedio*		63,7	56,8	51,4	177,3

Fuente: Archivo y gestión documental, Universidad Católica de Cuenca.

* Cálculos propios

En la tabla 2 se presentan el número de los aspirantes, estudiantes admitidos y graduados, así como los graduados por periodo lectivo de la serie cronológica 2015 al 2019. Puede apreciarse que el promedio de aspirantes es de 63,7, de admitidos es de 56,8 y 52,4 matriculados. Esto evidencia que el volumen de matriculados permitió en la mayoría de los periodos ofertar hasta dos paralelos de 25 matriculados. Sin embargo, se destaca que, para los periodos del 2020, esta tendencia podría verse afectada por la emergencia sanitaria del covid-19, ya que ha impactado en los ingresos económicos en las familias de los aspirantes y matriculados.

En el caso de los egresados, se obtuvo una media aritmética de 177,3 egresados por periodo, en tiempos de pandemia este número no se ha visto afectado, pues se han establecido estrategias en línea para la asesoría, tutoría y sustentaciones de investigaciones documentales, que permitieron que no se detuvieran los procesos de titulación.

4.5. Organismos empleadores de los egresados

Tabla 3: organismos que emplean egresados de la Carrera.

Empleadores
Centro de Salud El Tambo
Distrito de Salud 01D02
Hospital Gineco Obstétrico De Nueva Aurora Luz Elena Arismendi
Hospital Darío Machuca Palacios
Hospital Francisco de Orellana
Hospital Baca Ortiz
Hospital Básico de Sucúa
Hospital de IESS
Hospital de Santo Domingo
Hospital del Rio
Hospital Enrique Garcés
Hospital Gineco Obstétrico Nueva Aurora
Hospital Homero Castanier Crespo
Hospital Luis F. Martínez
Hospital Miguel León Bermeo
IESS Del Sur De Quito
Ministerio de Salud Publica
Instituto del Cáncer Solca, Cuenca

Mediante los mecanismos de seguimiento a graduados de plataformas digitales: Sistema Administrativo de Graduados (SAG), Encuestas a Graduados (PLENG) y Comunidad de Graduados (Alumni), se planifica, ejecuta y fortalece los

vínculos de relación y comunicación con sus graduados, en los que se recopila la información de la colocación laboral que se muestra en la tabla. Como puede apreciarse, son más frecuentes los centros de salud de la Zona 6.

CONCLUSIONES

Las características de salud de Ecuador y sus tendencias determinan una transición epidemiológica desde enfermedades infecciosas con un gran componente del impacto de deficiencias en el saneamiento ambiental y de servicios básicos a la aparición y aumento de las enfermedades, producto del desarrollo tecnológico y su globalización, expresados en enfermedades crónico-degenerativas y las lesiones. Es así como coexisten factores de riesgo y enfermedades como las isquémicas del corazón, luego la diabetes, las cerebrovasculares, la hipertensión, la influenza y las neumonías. También se reportan evidencias de problemas profundamente sociales como desnutrición, obesidad, embarazo adolescente, drogodependencia, emigración y el trato discriminatorio a los indígenas.

Frente a este panorama, se requiere un análisis de este cambio que, evidentemente, involucra al sistema nacional de salud y, dentro de este, a la profesión de enfermería.

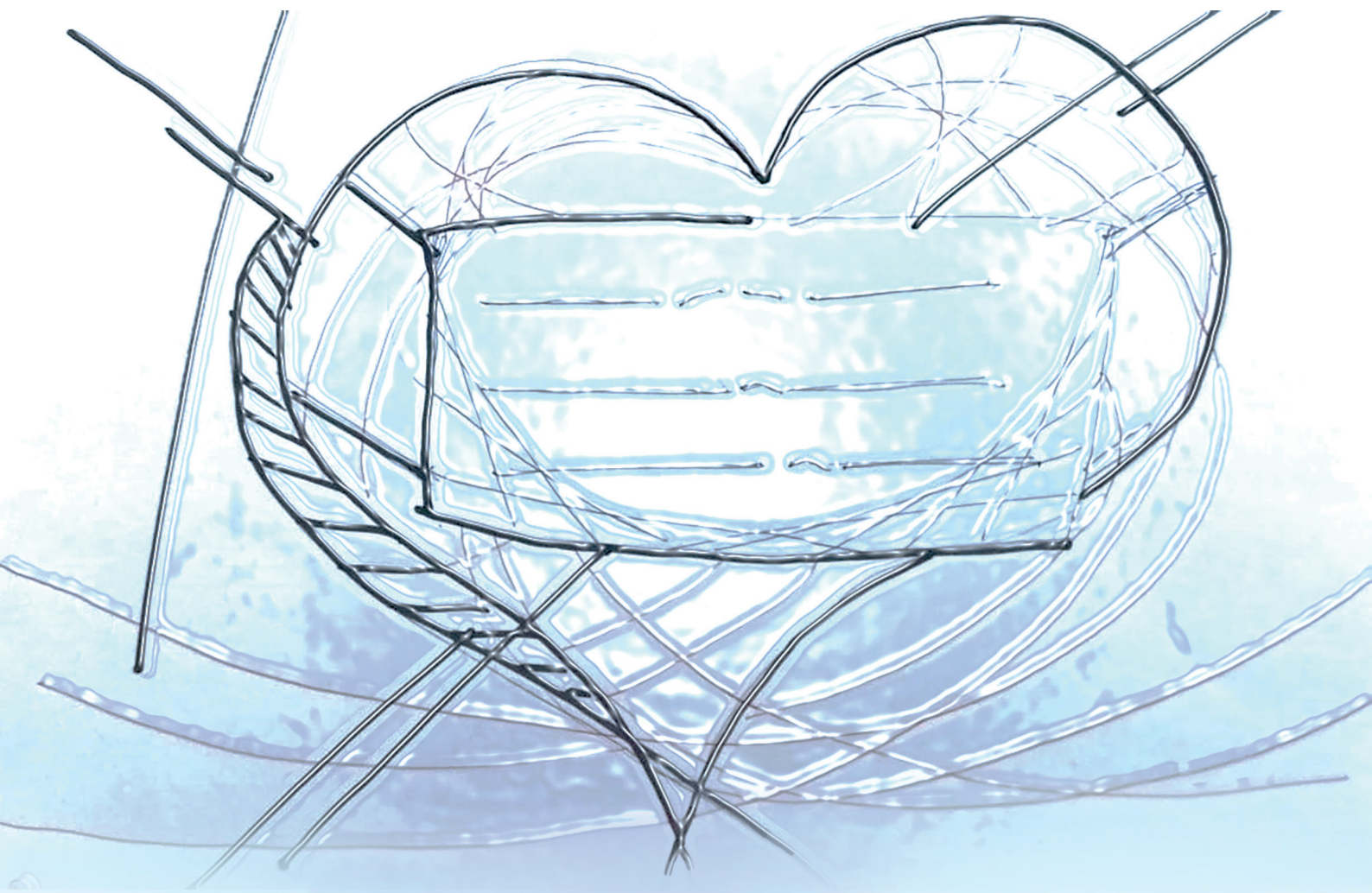
En ese sentido, la provincia y el cantón Cañar evidencian diferencias sustanciales respecto al país, dada su posición geográfica; pero, además, por su idiosincrasia curtida por la influencia incaica y posteriormente hispánica. Se suman a su cosmovisión su fuerte arraigo andino y su vocación agrícola, que configuran un entramado de circunstancias que afectan su salud, entre los que se pueden enumerar: pobreza multidimensional, diferencias marcadas en el acceso de los servicios públicos, entre ellos los de salud, entre áreas urbanas y rurales, así como por grupos étnicos.

En el último año, sin duda que el planeta vive un momento crítico de cara a la pandemia de covid-19, y las implicaciones que tiene en todos los ámbitos de la existencia humana. Ecuador,

como parte del concierto mundial, vive a su manera esta situación en la que se aproxima a acciones de salud pública cruciales para su futuro como la vacunación contra el covid-19. De cara a los retos inmediatos que genera la pandemia, la enfermería es un actor decisivo, toda vez que está como primera instancia en las acciones preventivas y de protección específica, mediante la vacunación a la población para alcanzar la inmunidad colectiva necesaria. De igual manera, contribuye en la atención hospitalaria para mitigar el impacto de la enfermedad en aquellos casos con signos moderados y graves.

Por otro lado, la ciencia Enfermera, como fundamento de la actuación profesional, ha evolucionado exponencialmente, enriqueciendo su corpus de conocimiento para proveer cuidado, como objeto de estudio, para el beneficio de las personas, familias y comunidades. A diferencia de lo ocurrido en otras latitudes, en Ecuador se reconoce la necesidad de desarrollar la enfermería, no solo desde el punto de vista de la tasa de profesionales, sino que también urge su cualificación a la luz de las tendencias globales y en armonía con las necesidades de salud nacionales y locales, enmarcadas en el ordenamiento jurídico, además de las políticas y normativas que rigen la materia.

Actuando en consonancia con la realidad expuesta en los párrafos anteriores, la carrera de Enfermería de la extensión Cañar ha dado un aporte sustancial en su área directa de influencia, aportando con sus egresados, pero también con actividades de investigación y vinculación con la colectividad. En ese sentido, revela los resultados de los estudios de empleabilidad y opinión de los empleadores para proponer cambios en su propuesta curricular, con el afán de actualizar y contextualizar mejor su oferta académica.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Consejo Universitario. Estatuto Orgánico de la Universidad Católica de Cuenca [Internet]. Cuenca, Ecuador; 2019. p. 114. Available from: <https://documentacion.ucacue.edu.ec/files/original/77986057e1199393b401600b49cd0d43.pdf>
2. Asamblea Nacional. Ley Orgánica Reformatoria a la ley Orgánica de Educación Superior [Internet]. Ecuador, Ecuador: Asamblea Nacional de la República de Ecuador; 2018. Available from: <https://www.epn.edu.ec/wp-content/uploads/2018/08/Reformas-LOES.pdf>
3. Morin E. Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 1999. 653–665.
4. International Bureau of Education. Conocimiento complejo y competencias educativas [Internet]. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 2009. Available from: http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/Publications/Working_Papers/knowledge_compet_ibewpci_8.pdf
5. López López MM. La pedagogía crítica como propuesta innovadora para el aprendizaje significativo en la educación básica. ReHuSo: Revista de Ciencias Humanísticas y Sociales e-ISSN 2550-6587 URL: www.revistas.utm.edu.ec/index.php/Rehuso. 2019;4(1):87.
6. Carreño M. Teoría y práctica de una educación liberadora: el pensamiento pedagógico de Paulo Freire. idus.us.es [Internet]. 2009 [cited 2019 Aug 6]; 20:195–2014. Available from: <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/54665>
7. Carey S, Zaitchik D, Bascandziev I. Theories of development: In dialog with Jean Piaget. *Developmental Review* [Internet]. 2015 Dec 1 [cited 2019 May 14]; 38:36–54. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0273229715000313>
8. Vlasceanu L, Grünberg L, Pârlea D. Quality Assurance and Accreditation: A Glossary of Basic Terms and Definitions. Seto M, Wells P, editors. Bucharest: United Nations Educational Scientific and Cultural Organization; 2007.
9. Durán de Villalobos MM. Marco epistemológico de la enfermería. Aquichan [Internet]. 2002 [cited 2019 Aug 11];2(1):7–18. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100003
10. Consejo de Evaluación Acreditación y Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CEAACES). Modelo de evaluación del entorno de aprendizaje de la carrera de Enfermería [Internet]. Quito; 2016 [cited 2019 Jul 31]. Available from: <http://departamentos.ulead.edu.ec/evaluacion-interna/files/2018/05/ENFERMERIA-1.pdf>
11. Rodríguez-Jiménez S, Cárdenas-Jiménez M, Pacheco-Arce A, Ramírez-Pérez M. A phenomenological look at nursing care. *Enfermería Universitaria* [Internet]. 2015 Sep 11 [cited 2018 Oct 10];11(4):145–53. Available from: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=60747>
12. Larrea De Granados E. Modelo de organización del conocimiento por dominios científicos, tecnológicos y humanísticos [Internet]. 2015 [cited 2017 Sep 26]. Available from: <http://www.ces.gob.ec/doc/Noviembre/conocimiento%20por%20dominios%20cientificos.pdf>
13. Leno D. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. *Gazeta de Antropología* [Internet]. 2006 Dec 20 [cited 2019 Feb 25];22(32). Available from: <http://www.gazeta-antropologia.es/?p=2681>
14. Vega Angarita O. Estructura del conocimiento contemporáneo de enfermería. *Revista Ciencia y Cuidado* [Internet]. 2006 Apr 2 [cited 2018 Aug 30];3(3):53–68. Available from: <http://revistas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/905>
15. Tomey AMarriner, Alligood MR. Modelos y teorías en enfermería [Internet]. Barcelona: Elsevier; 2018 [cited 2019 Jun 3]. Available from: <https://books.google.es/books?id=FLesZ08XGTUC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

16. Contreras J, Moncayo W, Valdiviezo M, Quenorán V, Rivera G. Enfoque de marco lógico: aplicación en vinculación con la sociedad de enfermería en el contexto universitario ecuatoriano. *Eugenio Espejo* [Internet]. 2017;10(1):64–80. Available from: <http://eugenioespejo.unach.edu.ec/index.php/EE/article/view/16/27>
17. Barbosa LBA, Motta ALC, Resck ZMR. Los paradigmas de la modernidad y posmodernidad y el proceso de cuidar en enfermería. *Enfermería Global* [Internet]. 2015 [cited 2018 Oct 10];14(1):335–41. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000100015
18. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (FAO). Ecuador en una mirada [Internet]. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. 2020 [cited 2020 May 25]. Available from: <http://www.fao.org/ecuador/fao-en-ecuador/ecuador-en-una-mirada/ar/>
19. Lundberg K, Jong MC, Kristiansen L, Jong M. Health Promotion in Practice—District Nurses' Experiences of Working with Health Promotion and Lifestyle Interventions Among Patients at Risk of Developing Cardiovascular Disease. *Explore: The Journal of Science and Healing*. 2017 Mar 1;13(2):108–15.
20. 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.
21. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública, editor. Quito; 2017.
22. Pinargote E, Molina K, Robles J. Violencia y mujer: un estudio de la realidad. *Universidad, ciencia y tecnología*. 2019; 4:106–15.
23. Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional. La niñez y adolescencia en el Ecuador contemporánea: Avances y brechas en el ejercicio de derechos. Quito; 2016.
24. INEC. Anuario de estadísticas vitales, serie histórica 1997 - 2013. Quito; 2013.
25. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Estadísticas Vitales. Registro Estadístico de Nacidos vivos y Defunciones 2016. Quito; 2017.
26. INEC. Anuario de estadísticas vitales: Nacimientos y Defunciones 2013. Quito; 2013.
27. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Nacimientos y Defunciones [Internet]. Presidencia de la República (Ecuador). 2018. Available from: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacimientos_y_defunciones/
28. Kline L, Jones-Smith J, Jaime Miranda J, Pratt M, Reis RS, Rivera JA, et al. A research agenda to guide progress on childhood obesity prevention in Latin America. *Obesity Reviews*. 2017 Jul 1; 18:19–27.
29. 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.
30. Organización Mundial de la Salud. 62a Asamblea Mundial de la Salud. 2009.
31. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Indicadores ODS Agua, Saneamiento e Higiene. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). 2016. p. 1–27.
32. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. 2014. Ginebra; 2018.
33. 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.
34. Freire WB., Ramírez-Luzuriaga MJ., Belmont P., Mendieta MJ. S-JMK, Romero N., Sáenz K., Piñeiros P., Gómez LF. MR. Encuesta nacional de salud y nutrición. (ENSANUT-ECU 2012). Ministerio de Salud Pública; 2014.
35. Coordinación General de Planificación y Gestión Estratégica. Proyecto plan nacional de fortalecimiento de la familia. 2015. 132.

36. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Registro estadístico de nacidos vivos y defunciones 2017. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Quito; 2018.
37. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato. Guía de Práctica Clínica. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2015.
38. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para conducción del parto. Washington; 2015.
39. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018.
40. Observatorio Social del Ecuador. Situación de la niñez y adolescencia en Ecuador. Una mirada a través de los ODS. Quito; 2019.
41. 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.
42. Organización Panamericana Sanitaria. Ecuador, segundo país de Latinoamérica con mayor índice de embarazo infantil | Sociedad | Edición América | Agencia EFE. Organización Panamericana Sanitaria. 2019.
43. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos y metas de desarrollo sostenible [Internet]. Organización de las Naciones Unidas. 2015 [cited 2018 Oct 16]. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
44. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud [Internet]. World Health Organization. World Health Organization; 2016 [cited 2018 Oct 11]. Available from: <https://www.who.int/healthpromotion/es/>
45. Observatorio Social del Ecuador O. Situación de la niñez y adolescencia en Ecuador. Una mirada a través de los ODS. Quito; 2019.
46. Bündnis Entwicklung Hilft. World Risk Report 2019. Geneva; 2019.
47. Foro Económico Mundial. Informe de riesgos mundiales 2017. Foro Económico Mundial. Ginebra; 2017.
48. 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.
49. Ministerio de Salud Pública (Ecuador). Actualización de casos de coronavirus en Ecuador – Ministerio de Salud Pública. Ministerio de Salud Pública. 2021.
50. López N. Coronavirus: La OMS declara al continente americano nuevo epicentro de la pandemia | Internacional. El Mundo. 2020 May;
51. Pan American Health Organization. Time is of the essence – Countries of the Americas must act now to slow the spread of COVID-19. Pan American Health Organization. 2020.
52. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report-72 HIGHLIGHTS. Washington; 2020.
53. World Health Organization. Mental Health and Psychosocial Considerations During COVID-19 Outbreak. World Health Organization. 2020;(January):1–6.
54. Ministerio de Salud Pública (Ecuador). Actualización de casos de coronavirus en Ecuador – Ministerio de Salud Pública. Ministerio de Salud Pública. 2021.
55. Centers for Disease Control and Prevention. People Who Are at Higher Risk for Severe Illness. Centers for Disease Control and Prevention. 2020.
56. Ministerio de Inclusión Económica y Social (Ecuador). Dirección Población Adulta Mayor. Ministerio de Inclusión Económica y Soci. 2019.
57. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Plan nacional del buen vivir. (2017 - 2021). 2017.
58. Zhi ZL, Za XBX. The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) in China. Zhonghua liu xing bing xue za zhi = Zhonghua liuxingbingxue zazhi. 2020 feb;41(2):145–51.

59. Doraiswamy S, Cheema S, Mamtani R. Older people and epidemics: a call for empathy. *Age and ageing*. 2020;2020.
60. Moore KJ, Sampson EL, Kupeli N, Davies N. Supporting families in end-of-life care and bereavement in the COVID-19 Era. *International psychogeriatrics*. 2020;(May):1–10.
61. Seifert A. The Digital Exclusion of Older Adults during the COVID-19 Pandemic. *Journal of gerontological social work*. 2020;00(00):1–3.
62. Farrell TW, Francis L, Brown T, Ferrante LE, Widera E, Rhodes R, et al. Rationing Limited Health Care Resources in the COVID Era and Beyond: Ethical Considerations Regarding Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2020 May; jgs.16539.
63. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo -Senplades. Agenda Zonal. Provincias de Azuay, Cañar y Morona Santiago. 2013-2017. 2015; 2017:1–150.
64. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo -Senplades. Agenda Zonal. Provincias de Azuay, Cañar y Morona Santiago. 2013-2017. 2015; 2017:1–150.
65. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Fascículo provincial cañar. Quito; 2010.
66. Tacuri R. Alteración de la conducta en niños de 5 a 9 años de padres migrantes y no migrantes en la provincia de Cañar comunidad La Capilla. Universidad del Azuay; 2016.
67. Dávila A, Pacheco A. Impacto de la migración en los comportamientos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes en el colegio nacional Ingapirca del cantón Cañar. Ecuador 2016. Universidad de Cuenca. Universidad de Cuenca; 2017.
68. Velásquez M. Depresión en adolescentes con padres migrantes en un colegio del cantón Cañar. Universidad de Cuenca; 2019.
69. Regalado-Vasquez ZM, Peralta-Cárdenas F, Yamasqui JL, Cruz-Gavilanes MT. Factores asociados al incumplimiento del esquema de vacunación y micronutrientes en mujeres gestantes de la Parroquia Ingapirca del Cantón Cañar, periodo noviembre 2016-abril 2017. *Polo del Conocimiento*. 2018;3(9):205.
70. Asamblea Nacional. Constitución de la República del Ecuador. Montecristi; 2008.
71. Vázquez W. Prevalencia de embarazo en adolescentes y factores asociados en el Hospital “Luis F Martínez” - Cañar 2017. Universidad de Cuenca; 2019.
72. 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.
73. Observatorio Social del Ecuador. Situación de la niñez y adolescencia en Ecuador. Una mirada a través de los ODS. Quito; 2019.
74. Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia / Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Niñez y migración Cañar. Quito; 2009.
75. Andrade D. Determinar las causas del maltrato infantil en la provincia del Cañar en el periodo 2009-2013. Universidad de Guayaquil; 2015.
76. Gutiérrez N, Ciuffardi T, Rokx C, Brousset H, Gachet N. Apuntando alto retos de la lucha contra la desnutrición crónica en Ecuador. 2017. p. 24–36.
77. Andrade N, Barahona K. Saberes y prácticas de salud ancestral en el cantón Cañar. Universidad del Azuay; 2019.
78. Lozano A. Cuenca ciudad prehispánica. Quito: Abya-Yala; 1991.
79. Cunduri M. Uso de los morfemas en el habla kichwa de Columbe. Primera ed. Mendoza A, Peñafiel A, editors. Quito: Educación Intercultural Bilingüe (EIBAMAZ) UNICEF; 2008.
80. Quinde Pichisaca I. Historia Del Pueblo Cañari. *Revista Yachaikuna*. 2001;1.
81. Asociación de Municipalidades Ecuatorianas. Cañar, Cantón Intercultural [Internet]. GADIC Cañar. 2012. Available from: <https://www.canar.gov.ec/gadcanar/index.php/2013-05-20-16-30-14/2013-05-20-16-38-15>

82. Burgos H. La identidad del pueblo Cañari. De-construcción de una nación étnica. Quito: Ediciones Abya-Yala; 2003.
83. Burgos H. La identidad del pueblo Cañari. De-construcción de una nación étnica. Quito: Ediciones Abya-Yala; 2003.
84. Real Academia Española. cosmovisión | Definición. Diccionario de la lengua española. 2019.
85. Zaruma V. Wakanmay, aliento sagrado. Perspectivas de teología india, una propuesta desde la cultura cañari. Quito: Abya Yala; 2006.
86. Arteaga D. Cuenca y su centro histórico en los albores coloniales de una ciudad Patrimonio de la Humanidad. Universidad-Verdad Cultura y Turismo Revista de la Universidad del Azuay. 2015; 67:163–84.
87. Arteaga D. Cuenca y su centro histórico en los albores coloniales de una ciudad Patrimonio de la Humanidad. Universidad-Verdad Cultura y Turismo Revista de la Universidad del Azuay. 2015; 67:163–84.
88. Suasnavas M. Ingapirca, principal centro turístico del Ecuador. In: Ruta ecoturística: una oportunidad para promover la acción comunitaria, base del desarrollo sustentable en la amazonia sur del ecuador, revista cultura y turismo. Cuenca, Ecuador: Revista de la Universidad del Azuay; 2015.
89. Quinde F. Tucuy Cañar Ayllucunapactantanacuy Tucayta. Programa de desarrollo de las microfinanzas rurales en el cantón Cañar Tucayta. Universidad de Cuenca; 2004.
90. Gouin S, Quintero ME. Semilla del Maíz. Quito: Arqueo; 1986.
91. Inti Raymi, Fiesta del Sol y la Cosecha, en Ingapirca – Ministerio de Cultura y Patrimonio [Internet]. [cited 2020 Feb 16]. Available from: <https://www.culturaypatrimonio.gob.ec/inti-raymi-fiesta-del-sol-y-la-cosecha-en-ingapirca/>
92. Álvarez Buscan F. Causas que generan la pérdida de vestimenta cañari en la Unidad Educativa Intercultural Bilingüe Quilloac. Universidad Politécnica Salesiana; 2018.
93. Zamudio T. La lucha de la mujer indígena. Revista digital Derechos de los pueblos. 2016;
94. Saavedra García ML, Camarena Adame ME. Retos para el emprendimiento femenino en américa latina. Criterio Libre. 2015 jun 2;(22):129.
95. Cabrera K. Revista comunicacional fotográfica Cosmovisión del pueblo Cañari. Karina Cabrera. Universidad Politécnica Salesiana; 2016.
96. Cabrera K. La cosmovisión del pueblo Cañari a través de los tiempos. Cuenca, Ecuador: Universidad Politécnica Salesiana; 2016.
97. Alulema R. La sabiduría cañari de la chacra en relación con la salud y el ambiente, frente a la modernización agropecuaria en la organización Tucayta. Universidad Andina Simón Bolívar. Sede Ecuador Área; 2018.
98. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Organización Mundial de la Salud. Hong Kong: Organización Mundial de la Salud; 2013. 72.
99. Ordóñez C, Oñate P. Principios de la cosmovisión andina relacionados con el uso de plantas medicinales, en la parroquia de Sayausí, cantón Cuenca. Universidad de Cuenca; 2016.
100. Légaré F, Lee-gosselin H, Borduas F, Monette C, Bilodeau A, Tanguay D, et al. Approaches to considering sex and gender in continuous professional development for health and social care professionals: An emerging paradigm. Medical Teacher. 2018;0(0):1–5.
101. Tannenbaum C, Greaves L, Graham ID. Why sex and gender matter in implementation research Economic, social, and ethical factors affecting the implementation of research. BMC Medical Research Methodology. 2016 oct 27;16(1).
102. Ortiz D, Pulla V. Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres de la etnia kañari de la comunidad Quilloac, Cantón Cañar, 2016-2017. Universidad de Cuenca; 2017.
103. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. mujeres y hombres del ecuador en cifras III serie informacion estrategica. Vol. 66, mujeres y hombres del ecuador en cifras III serie informacion estrategica. 2012. p. 37–9.

104. Molina R, Luengo X, Guarda P, González E, Jara G. Adolescencia, sexualidad y embarazo. Serie Científica Médica. 2001; 2:6–29.
105. Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquial Rural de Ingapirca. (2015 - 2019). Plan de desarrollo y ordenamiento territorial de la parroquia rural Ingapirca. Ingapirca; 2015.
106. Riera J. Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes escolarizados y factores asociados. Honorato Vásquez. 2018. Universidad del Azuay; 2019.
107. Pillcorema J. Depresión y sus determinantes sociales en adolescentes del bachillerato de los colegios de la parroquia Cañar. Ecuador 2017- 2018. Universidad de Cuenca. Universidad de Cuenca; 2019.
108. HelpAge International. Perspectivas del envejecimiento global: El derecho a la salud de las personas mayores, el derecho a ser tenido en cuenta [Internet]. Londres; 2018. Available from: www.helpage.org
109. Abambari C. Los gerontes y el proceso salud-enfermedad: Una aproximación desde la determinación social en la comunidad de Ingapirca. Universidad Andina Simón Bolívar (Sede Ecuador); 2019.
110. Correa J. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial en pacientes que acuden Chorocopte Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Universidad del Azuay; 2016.
111. 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.
112. 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.
113. Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública (INSPI). Coronavirus Ecuador - información verificada de la llegada del COVID-19 al país. Reporte Covid-19 por provincias. 2020.
114. Ministerio salud Ecuador. Lineamientos de prevención y control para casos sospechosos o confirmados de SARS CoV-2 / COVID-19. Ministerio de Salud Pública. 2020;1–45.
115. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Fascículo provincial cañar. Quito; 2010.
116. Vázquez W. Prevalencia de embarazo en adolescentes y factores asociados en el Hospital “Luis F Martínez” - Cañar 2017. Universidad de Cuenca; 2019.
117. Gutiérrez N, Ciuffardi T, Rokx C, Brousset H, Gachet N. Apuntando alto retos de la lucha contra la desnutrición crónica en Ecuador. 2017. p. 24–36.
118. Andrade N, Barahona K. Saberes y prácticas de salud ancestral en el cantón Cañar. Universidad del Azuay; 2019.
119. Ortiz D, Pulla V. Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres de la etnia kañari de la comunidad Quilloac, Cantón Cañar, 2016-2017. Universidad de Cuenca; 2017.
120. Pillcorema J. Depresión y sus determinantes sociales en adolescentes del bachillerato de los colegios de la parroquia Cañar. Ecuador 2017- 2018. Universidad de Cuenca. Universidad de Cuenca; 2019.
121. Correa J. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial en pacientes que acuden Chorocopte Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Universidad del Azuay; 2016.
122. Organización Mundial de la Salud. Situación de la enfermería en el mundo. Organización Mundial de la Salud. Washington, DC; 2020.
123. Organización Mundial de la Salud. La OMS y sus asociados hacen un llamamiento urgente para que se invierta en el personal de enfermería. Organización Mundial de la Salud / Consejo Internacional de Enfermeras / Nursing Now. 2020.
124. Cassiani SHDB, Munar Jimenez EF, Umpiérrez Ferreira A, Peduzzi M, Leija Hernández C. La situación de la enfermería en el mundo y la Región de las Américas en tiempos de la pandemia de COVID-19. Revista Panamericana de Salud Pública. 2020 May 12; 44:1.
125. Calderón Macías ML, Herrera Velázquez M del R, Solórzano Solórzano SE. Condiciones laborales del profesional de enfermería ecuatoriano. Sinapsis: La revista científica del ITSUP. 2019;2(15).

126. Ministerio de Educación (Ecuador). Lista de Carreras Universitarias 2020 con mayor demanda en Ecuador Puntajes para Obtener un Cupo. Ser bachiller. 2020. p. 1.
127. Aguayo Y, Robles M, Fuertes N, Schady N, Kang M, Zuluaga D. El futuro del trabajo en América Latina y el Caribe: Educación y salud ¿los sectores del futuro? Washington, DC; 2019.
128. Cumanda N, Burgueño F, Calle M, Rodríguez D. Enfermería... más allá del cuidado: Reflexiones desde la experiencia. Elizalde H, editor. Ibukku; 2019.
129. Jara P, Stjepovic A, Aguilera-Rojas J, Vilchez P. La gestión del cuidado una función social y legal de la enfermería chilena. Revista Enfermería Actual en Costa Rica, ISSN-e 1409-4568, No 29, 2015 (Ejemplar dedicado a: Edición Actual: Edición No29 julio-diciembre 2015). 2015;(29):5.
130. Kroeger A, Luna R. Atención Primaria de Salud. Principios y métodos. Vol. 47, Health Policy and Planning. 1992. 1-634.
131. Oria M, Espinosa A, Maracha M. La formación y la orientación profesional en enfermería. Revista Cubana de Enfermería. 2016;32(2):262-71.
132. Organización Mundial de la Salud. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington, D.C; 2007. (Biblioteca Sede OPS).
133. González D, Corral G-J. Definición del rol de las parteras en el sistema nacional de salud del Ecuador. Quito; 2010.
134. Ministerio de Salud Pública. Control Prenatal. Guía de Práctica Clínica (GPC). Quito; 2015.
135. Cassiani S, Hoyos MC, Barreto M, Sives K, da Silva FA. Distribución de la fuerza de trabajo en enfermería en la Región de las Américas. Revista Panamericana de Salud Pública. 2018;1-10.
136. Cabal E. VE. Enfermería como disciplina. Revista Colombiana de Enfermería. 2016 Aug;6(6):73.
137. Figueredo-Borda N, Ramírez-Pereira M, Nurczyk S, Diaz-Videla V. Modelos y teorías de enfermería: sustento para los cuidados paliativos. Enfermería: Cuidados Humanizados. 2019 Aug;8(2).
138. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. 6th ed. Ciudad de México: Mc Graw Hill Education; 2014.
139. Ulin P, Robinson E, Tolley E. Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos. Organización Mundial de la Salud, editor. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud; 2006.
140. Ribeiro MB. A educação permanente no treinamento do enfermeiro de centro cirúrgico: revisão integrativa. Rev SOBECC. 2017;22(2):98-105.
141. Soto P, Masalan P, Barrios S. LA EDUCACIÓN EN SALUD, UN ELEMENTO CENTRAL DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA. Revista Médica Clínica Las Condes. 2018 May;29(3):288-300.
142. Modelo de evaluación del entorno de aprendizaje de la carrera de Enfermería 2.
143. Calderón Macías ML, Herrera Velázquez M del R, Solórzano Solórzano SE. Condiciones laborales del profesional de enfermería ecuatoriano. Sinapsis: La revista científica del ITSUP. 2019;2(15).
144. Hernández-Avila M, Garrido-Latorre F, López-Moreno S. Diseño de estudios epidemiológicos. Salud pública de México. 2000;42(2):144-54.
145. Flores MD, Castro D, Cuevas B. Valores profesionales de enfermería: Una mirada hacia la formación en la Educación Superior. Humanidades Médicas. 2012;12(2):289-99.
146. Benton D, Shaffer F. How the nursing profession can contribute to sustainable development goals. Nursing Management. 2016 nov;23(7):29-34.
147. Presidencia de la República del Ecuador, Coordinación General de Planificación y Gestión Estratégica. Proyecto: Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia. Quito; 2015.
148. 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.

149. Congreso Nacional. Ley especial para la provincia de Galapagos. Ecuador: Congreso Nacional; 2001 p. 22–058.
150. González J, Cortez J, Villacres Á, Reinoso J. Análisis de la Migración en el empleo y subempleo: Caso Ecuador. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*. 2019;(En línea).
151. INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos). Registro estadístico de entradas y salidas internacionales 2017. *Inec*. 2018;36.
152. Durán C. Ecuador registra 19 casos de sarampión provenientes de Venezuela. *Redacción médica*. 2018 Aug 29;
153. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Actualización Epidemiológica Sarampión. Washington, DC; 2019.
154. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2019 [cited 2020 May 16]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
155. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Artículo 25: Derecho a un nivel de vida adecuado [Internet]. Organización de las Naciones Unidas. 2018 [cited 2020 May 16]. Available from: <https://news.un.org/es/story/2018/12/1447511>
156. Meleis A. Enfermeras y conocimiento de enfermería: Como fuerzas para lograr las Metas de Desarrollo Sostenible. *Enfermería Universitaria*. 2017 jul;14(3):143–5.
157. The Australian Primary Health Care Nurses Association (APNA). Primary health care nursing [Internet]. The Australian Primary Health Care Nurses Association (APNA). 2018 [cited 2020 May 16]. Available from: <https://www.apna.asn.au/profession/what-is-primary-health-care-nursing>
158. Consejo Internacional de Enfermería. 2020 año Internacional de la Enfermera y la Partera: un catalizador para un futuro más brillante para la salud en todo el mundo [Internet]. Consejo Internacional de Enfermería. 2019. Available from: <https://www.icn.ch/es/noticias/2020-ano-internacional-de-la-enfermera-y-la-partera-un-catalizador-para-un-futuro-mas>
159. Organización Mundial de la Salud. OMS designa al 2020 como el año de los profesionales de enfermería y parteras [Internet]. *Redacción médica*. 2019. Available from: <https://www.redaccionmedica.ec/secciones/profesionales/oms-designa-al-2020-como-el-ano-internacional-del-personal-de-enfermeria-y-parteria-95117>
160. 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.
161. Coello C. Enfermería es una profesión apetecida pero deficitaria. *Redacción médica*. 2016 May;1.
162. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivo 5: Igualdad de género | PNUD [Internet]. Organización de las Naciones Unidas. 2018 [cited 2019 Oct 23]. Available from: <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/goal-5-gender-equality.html>
163. Ciencia CC-, Social T y M, 2019 undefined. Integrando formación e investigación sobre la transversalidad de los ODS: Género y salud, dimensiones esenciales de la sostenibilidad. *polipapers.upv.es*.
164. Moghadam V, Bagheritari M. Cultures, conventions, and the human rights of women: examining the Convention for Safeguarding Intangible Cultural Heritage, and the Declaration on Cultural Diversity. *Museum international*. 2007;59(4):9–18.
165. Organización de las Naciones Unidas para la Educación la C y la C (UNESCO). Empoderar a las adolescentes y a las mujeres jóvenes mediante la educación [Internet]. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. 2019 [cited 2019 Apr 16]. Available from: <https://es.unesco.org/themes/educacion-igualdad-genero/programa-fnuap-onumujeres>
166. Instituto de Estadística. Organización de las Naciones Unidas para la Educación la C y la C. Clasificación Internacional Normalizada de la Educación, CINE 2011 - UNESCO Biblioteca Digital [Internet]. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). 2014 [cited 2018 Dec 18]. Available from: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000220782>

167. Bender M, Holmes D. Reconciling nursing's art and science dualism: Toward a processual logic of nursing. *Nursing Inquiry*. 2019;26(3):1–9.
168. Beneitone P, Esquetini C, González J, Marty M, Siufi G, Wagenaar R. *Tuning América Latina: Reflexiones y perspectivas de la Educación Superior en América Latina*. Bilbao: Publicaciones de la Universidad de Deusto; 2007.
169. Consejo Internacional de Enfermería. Declaración de posición. *Ámbito de la práctica de enfermería*. 2013.
170. Consejo Internacional de Enfermería. Prioridades estratégicas del CIE [Internet]. Consejo Internacional de Enfermería. 2017 [cited 2019 Dec 27]. Available from: <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/prioridades-estrategicas-del-cie>
171. Reed PG. Intermodernism: A Philosophical Perspective for Development of Scientific Nursing Theory. *Advances in Nursing Science*. 2019;42(1):17–27.
172. College and Association of Registered Nurses of Alberta. *Entry-to-practice competencies for the registered nurse*. Edmonton, Canada; 2013.
173. College of Registered Nurses of British Columbia. *Professional standards for registered nurse and nurse practitioners*. Vancouver, Canadá; 2012.
174. Thoun DS, Kirk M, Sangster-Gormley E, Young JO. Philosophical Theories of Truth and Nursing: Exploring the Tensions. *Nursing Science Quarterly*. 2019;32(1):43–8.
175. The Merriam-Webster.com Dictionary. Philosophy [Internet]. The Merriam-Webster.com Dictionary; 2019. Available from: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/philosophy>
176. Risjord M. *Nursing Knowledge: Science, Practice, and Philosophy*. Nursing Knowledge: Science, Practice, and Philosophy. Wiley On Line Library; 2009. 1–246.
177. Boff L. *El cuidado esencial. Ética de lo humano compasión por la tierra*. Madrid: Trota; 2002.
178. Mayeroff M. *On Caring*. New York: Harper and Row; 1971.
179. Reed P, Crawford N. *Nursing Knowledge and Theory Innovation*. Second. Nursing Knowledge and Theory Innovation. Springer Publishing Company; 2017. 262.
180. Newman M, Sime M, Corcoran-Perry S. The focus of the discipline of nursing. In: Polifroni C, Welch Marylouise, editors. *Perspectives on philosophy of science in nursing: an historical and contemporary anthology*. Philadelphia: Lippincott; 1999. p. 20–4.
181. Newman M, Sime M, Corcoran-Perry S. The focus of the discipline of nursing. *Adv Nurs Sci*. 1991;1(1):1–6.
182. Fawcett J. *Applying conceptual models of nursing: quality improvement, research, and practice*. 2017.
183. Clarke PN, McFarland MR, Andrews MM, Leininger M. Caring: Some reflections on the impact of the culture care theory by McFarland & Andrews and a conversation with Leininger. *Nursing Science Quarterly*. 2009;22(3):233–9.
184. Tapia Díaz W. Reflexiones filosóficas y epistemológicas sobre el cuidado transcultural. *EDUCARE ET COMUNICARE: Revista de investigación de la Facultad de Humanidades*. 2019 Mar;2(11):128–34.
185. McFarland M, Wehbe-Alamah H. *Leininger's culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory*. Jones & Bartlett Learning; 2015. 612.
186. Fornons David. Madeleine Leininger: claroscuro transcultural. *Index de Enfermería*. 2010;19(2–3):172–6.
187. Cohen JA. Two portraits of caring: a comparison of the artists, Leininger and Watson. *Journal of Advanced Nursing*. 1991 Aug;16(8):899–909.
188. Borré-Ortiz YM, Lenis-Victoria C, Suárez-Villa M, Tafur-Castillo J. El conocimiento disciplinar en el currículo de enfermería: una necesidad vital para transformar la práctica. *Revista Ciencias de la Salud*. 2015; 13:481–91.
189. Butts J, Rich K. *Philosophies and theories for advanced nursing practice*. 2011. 653.
190. Turkel MC, Watson J, Giovannoni J. Caring Science or Science of Caring. *Nursing Science Quarterly*. 2018 Jan 1;31(1):66–71.

191. Watson J. *Unitary Caring Science: Philosophy and Praxis of Nursing*. University Press of Colorado. Louisville: University Press of Colorado; 2018.
192. Alligood MRaile, Marriner-Tomey A. *Nursing theorists and their work*. Mosby/Elsevier; 2010.
193. *Encyclopædia Britannica. Epistemology*. Encyclopædia Britannica. 2019.
194. Collière M-F. *Promover Promover la vida la vida*. Segunda ed. México DC: McGraw-Hill/Interamericana; 2009.
195. Smith MJ, Fitzpatrick JJ. Perspectives on the Unitary Transformative Person-Environment-Health Process for the Knowledge Base of Nursing. *Advances in Nursing Science*. 2019;42(1):43–57.
196. Foulkes L, Blakemore S. Studying individual differences in human adolescent brain development. *Nature Neuroscience*. 2018;21(March):315–24.
197. Peplau HE. *The Art and Science of Nursing: Similarities, Differences, and Relations*. *Nursing Science Quarterly*. 1988;1(1):8–15.
198. Jiang A. Problems in the education plan for under-graduate professional certification in nursing and suggestions 2016;13: (in Chinese). *Chin J Nurs Educ*. 2016;13(En chino):491–5.
199. Ziebarth DJ. Exploring Standardized Nursing Languages: Moving Toward a Faith Community Nursing Intervention. *International Journal of Faith Community Nursing*. 2018;4(1):1–21.
200. Johnson L, Edward KL, Giandinoto JA. A systematic literature review of accuracy in nursing care plans and using standardised nursing language. *Collegian*. 2018;25(3):355–61.
201. Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Maas M. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos. Soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados. Elsevier; 2012. 432.
202. Toney-Butler T, Thayer J. *Nursing Process*. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2019.
203. Herdman H, Kamitsuru S. *Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2018-2020*. New York: NANDA International; 2018.
204. Maslow A. A preface to motivation theory. *Psychosomatic Med*. 1943;(5):85–92.
205. Moorhead S, Swanson EA, Johnson M, Maas M. Nursing outcomes classification (NOC): measurement of health outcomes. Elsevier; 2018. 671.
206. Doenges ME, Moorhouse MF, Murr AC, Bligh D. *Nursing diagnosis manual: planning, individualizing, and documenting client care*. 1101.
207. Kautz DD, Kuiper R, Pesut DJ, Williams RL. Using NANDA, NIC, and NOC (NNN) Language for Clinical Reasoning With the Outcome-Present State-Test (OPT) Model. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 2006 jul;17(3):129–38.
208. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JMM, Wagner C. *Nursing Interventions Classification (NIC) - E-Book*. 2018.
209. Martínez R, Wolhein L. El estudio de caso como estrategia didáctica para la enseñanza del proceso de atención de enfermería-PAE- en la asignatura enfermería comunitaria de la carrera de Enfermería-UNAM. In: *Jornadas sobre Enseñanza y Aprendizaje en el Nivel Superior en Ciencias Exactas y Naturales*. 2012.
210. Guadarrama-Ortega D, Delgado-Sánchez P, Martínez-Piedrola M, López-Poves E, Acevedo-García M, Noguera-Quijada C, et al. Integración del proceso enfermero en la historia clínica electrónica de un hospital universitario. *Revista de Calidad Asistencial*. 2017;32(3):127–34.
211. Ponti LE, Castillo RT, Vignatti RA, Monaco ME, Nuñez JE. Conocimientos y dificultades del proceso de atención de enfermería en la práctica. *Educación Médica Superior*. 2017;31(4):1–12.
212. Boaventura A, Alves P, Morocco E. Conocimiento teórico-práctico del Enfermero del Proceso de Enfermería y Sistematización de Enfermería. *Enfermería Global*. 2017;16(2):182–216.
213. Ríos M, Roque Y, Martínez R, Álvarez N. Principales deficiencias y dificultades de los docentes para lograr la habilidad proceso de atención de enfermería. *Medimay*. 2018;25(2):134–45.

214. Bird M, Tolan J, Carter N. Baccalaureate nursing students' perceptions of learning in mentored and simulated research práctica. *Journal of Nursing Education*. 2019 May 1;58(5):290–3.
215. Hu J, Yang Y, Fallacaro MD, Wands B, Wright S, Zhou Y, et al. Building an-International Partnership to Develop Advanced Practice Nurses in Anesthesia Settings: Using a Theory-Driven Approach. *Journal of Transcultural Nursing*. 2019 Sep 1;30(5):521–9.
216. Raso A, Ligozzi L, Garrino L, Dimonte V. Nursing profession and nurses' contribution to nursing education as seen through students' eyes: A qualitative study. *Nursing Forum*. 2019;54(3):414–24.
217. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Código deontológico del CIE para la profesión de Enfermería. Ginebra; 2012. 12.
218. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud [Internet]. WHO. Organización Mundial de la Salud; 2017 [cited 2019 Aug 27]. Available from: https://www.who.int/topics/primary_health_care/es/
219. Organización Mundial de la Salud. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca [Internet]. WHO. World Health Organization; 2013 [cited 2019 Aug 27]. Available from: <https://www.who.int/whr/2008/summary/es/>
220. Organización Mundial de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2007 [cited 2018 Dec 26]. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol35_4_09/spu04409.htm
221. Castañeda-Hernández M. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible y sus vínculos con la profesión de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2017;25(3):161–2.
222. Organización Panamericana de la Salud. La enfermería de salud pública y las funciones esenciales de salud pública: bases para el ejercicio profesional en el siglo XXI. Biblioteca Lascasas; 2005.
223. Salcedo-Álvarez RA, Zárate-Grajales RA, González-Caamaño BC, Rivas-Herrera JC. Los determinantes sociales de la salud, el caso de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2017;25(2):139–44.
224. Arco-Canoles O del C De, Suarez-Calle ZK. Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano TT - Role of nursing professionals in the Colombian health system. *Universidad y Salud*. 2018;20(2):171–82.
225. Watson J. *Human Caring Science: A theory of nursing*. Jones & Bartlett Learning; 2012. 122.
226. McFarland MR, Wehbe-Alamah HB. Leininger's culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory. 612.
227. Mora F. *Neuroeducación*. New York: Alianza Editorial; 2017.
228. García-Molina A, Enseñat-Cantallops A, Tirapu-Ustároz J, Roig-Rovira T. Maduración de la corteza prefrontal y desarrollo de las funciones ejecutivas durante los primeros cinco años de vida. Vol. 48, *REV NEUROL*. 2009.
229. Morin E. *Educación en la era planetaria: el pensamiento complejo como método de aprendizaje en el error y la incertidumbre humana*. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2002.
230. Ertmer P, Newby T. Conductismo, cognitivismo y constructivismo: una comparación de los aspectos críticos desde la perspectiva del diseño de instrucción. *Performance Improvement Quarterly*. 1993;6(4):50–72.
231. Siemens G. *Conectivismo: Una teoría de aprendizaje para la era digital*. Manitoba; 2004.
232. Islas C, Delgadillo O. La inclusión de TIC por estudiantes universitarios. Una mirada desde el Conectivismo. *Apertura: Revista de Innovación Educativa*, 2016;8(2):116–29.
233. Moorhead Sue, Johnson Marion, Maas Meridean, Swanson Elizabeth. *Nursing outcomes classification (NOC): measurement of health outcomes*. 2018.
234. Rabelo-Silva ER, Dantas Cavalcanti AC, Ramos Goulart Caldas MC, Lucena A de F, Almeida M de A, Linch GF da C, et al. Advanced Nursing Process quality: Comparing the International Classification for Nursing Practice (ICNP) with the NANDA-International (NANDA-I) and Nursing Interventions Classification (NIC). *Journal of Clinical Nursing*. 2017 feb 1;26(3–4):379–87.

235. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner C. Nursing interventions classification (NIC). 7th ed. Saint Louis: Elsevier Health Sciences; 2018.
236. Alfaro-Lefevre Rosalinda. Critical Thinking, Clinical Reasoning and Clinical Judgment A Practical Approach. Filadelfia: Elsevier; 2016.
237. Consejo Internacional de Enfermeras. Código deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras. Ginebra; 2012.
238. Consejo Internacional de Enfermería. Consejo Internacional de Enfermería [Internet]. Consejo Internacional de Enfermería. 2020. Available from: <https://www.icn.ch/es>
239. Conferencia Internacional de Enfermería de Taiwán 2020, avalada por el Consejo Internacional de Enfermeras | ICN - International Council of Nurses [Internet]. [cited 2020 Jan 3]. Available from: <https://www.icn.ch/es/eventos/conferencia-internacional-de-enfermeria-de-taiwan-2020-avalada-por-el-consejo-internacional>
240. Zahavi D, Martiny KMM. Phenomenology in nursing studies: New perspectives. International Journal of Nursing Studies. 2019 May 1; 93:155–62.
241. (2014+) LG-NS, 2015 undefined. Qualitative research. search.proquest.com.
242. LoBiondo-Wood G, Haber J. Nursing research: methods and critical appraisal for evidence-based practice. 531.
243. Squires A, Regulation CD-J of N, 2018 undefined. Qualitative Research in Nursing and Health Professions Regulation. Elsevier.
244. Lewis C. Qualitative Research in Nursing and Healthcare (Fourth edition). Nursing Standard. 2018;32(22):34–34.
245. Hernández-Sampieri Roberto, Mendoza Torres CPaulina. Metodología de la investigación. McGraw-Hill Interamericana; 2018. 753.
246. Sánchez Flores FA. Fundamentos Epistémicos de la Investigación Cualitativa y Cuantitativa: Consensos y Disensos. Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria. 2019 Apr 24;101–22.
247. Rojas E. Estudio consolidado de seguimiento a graduados (Carrera de Enfermería, extensión Cañar). Empleabilidad y aspectos curriculares, periodo 2017-2018. Cañar: Universidad Católica de Cuenca (extensión Cañar); 2019. p. 45.
248. Universidad Católica de Cuenca. Misión y Visión de la universidad [Internet]. Universidad Católica de Cuenca. 2019. Available from: <https://www.ucacue.edu.ec/la-universidad/mision-y-vision/>
249. Rojas E. Conocimiento de resultados de seguimiento a graduados a los estudiantes de la Carrera. Periodo: 2014-2017. Cañar: Universidad Católica de Cuenca (extensión Cañar); 2018. p. 33.
250. Rojas E. Conocimiento de resultados de seguimiento a graduados a los estudiantes de la Carrera. Periodo: 2014-2017. Cañar: Universidad Católica de Cuenca (extensión Cañar); 2018. p. 33.
251. Moncayo L, Peralta M. Perfil profesional Carrera de Enfermería, extensión Cañar. Cañar: Universidad Católica de Cuenca (extensión Cañar); 2020. p. 114.
252. Rojas E. Estudio a empleadores. Periodo 2014 - 2018. Cañar: Universidad Católica de Cuenca (extensión Cañar); 2019. p. 36.

Otros 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,
Poeth 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

Enfermería: investigación y el cuidado directo

Edison Gustavo Moyano Brito, Nube Johanna Pacurucu Ávila, Isabel
Cristina Mesa Cano, Lizette Espinosa Martín, Zoila Katherine Salazar
Torres

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

Tópicos Actuales de Derecho Tributario Ecuatoriano
Diego Adrián Ormaza Ávila, Ana Fabiola Zamora Vázquez, Teodoro Javier Cárdenas Parra, Amanda Fabiola Palacios Palacios, Evelin Daniela Vaca Asitimbay

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



Enfermería en la salud de Ecuador y Cañar
se publicó en la ciudad de Cuenca, Ecuador, en noviembre
de 2021, en la Editorial Universitaria Católica
(EDUNICA), de forma digital.





ISBN: 978-9942-27-120-4

