

UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA

“COMPETENCIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL PERSONAL DE
ENFERMERÍA EN LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD,
ÁREA NRO. 4, PROVINCIA DE IMBABURA,
NOVIEMBRE 2009- AGOSTO 2010”

PROYECTO DE TESIS PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE
LICENCIATURA EN ENFERMERIA

AUTORES: SÁNCHEZ PONCE BETTY ELIZABETH
VACA SIERRA ADRIANA ELIZABETH

TUTOR: LIC. MERCEDES CRUZ

IBARRA-ECUADOR

Certificación

Certifico que la presente Tesis fue desarrollada en su totalidad por las Señorita Sánchez Ponce Betty Elizabeth, Vaca Sierra Adriana Elizabeth, bajo mi dirección, para lo cual firmo en constancia.

Lic. Mercedes Cruz
DIRECTOR DE TESIS

Dedicatoria

El logro de un hijo es el logro de un padre y este trabajo es el resultado de la importante labor que han realizado nuestros padres, Manuel y Guadalupe Ruth y Ramiro, por lo que a ellos va dedicado con mucho amor y profunda admiración este y todos los objetivos que hemos alcanzado en nuestra vida.

A nuestros hermanos: Tulia, Margarita, Lorena y Fabián.
Luis, Carlos y Crucita

Adriana y Betty

Agradecimiento

En la esencia básica del ser humano está la capacidad de registrar grandes y pequeñas cosas, entre ellas una de las más importantes es el reconocimiento al apoyo y constante aliento de aquellas incondicionales personas que de manera directa o indirecta contribuyen a la culminación de significativas metas en la vida de un individuo.

Por esta razón expresamos nuestro agradecimiento más sincero a nuestras familias, amigos, profesores y a nuestra Directora de Tesis, Lic. Mercedes Cruz; por el ánimo, guía, compromiso y cariño con el que siempre han estado presentes en nuestras vida.

A todos ellos un eterno Gracias...

INDICE

Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v-vii
Índice de Tablas	vii-viii
Índice de Figuras	viii-ix
Resumen	x
Summary	xi
Introducción	xii-xiii

CAPITULO I

1. PROBLEMA	14
1.1 Planteamiento del Problema	14-16
1.2 Formulación del Problema	17
1.3 Preguntas directrices	17
1.4 Objetivos	17
1.4.1 General	17
1.4.2 Específicos	17-18
1.5 Justificación	18-21

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO	22
2.1 Caracterización del área de estudio	22
2.1.1 Antecedentes Históricos del Hospital San Luis de Otavalo	22-23
2.1.2 Ubicación Geográfica y Características de Servicio a la Comunidad	24
2.1.3 Personal del Hospital San Luis de Otavalo (HSLO)	24
2.2 Modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural (MAIS-FCI)	25
2.2.1 Definición	25-26
2.2.2 Objetivo del MAIS - FCI	26
2.2.3 Principios del MAIS - FCI	26-27
2.2.4 Características del Modelo de Atención	27
2.2.5 Responsabilidades del modelo de atención	27-28
2.2.6 Componentes del modelo de atención	28
2.3 Niveles de atención	28-30
2.4 Equipo básico de salud	30
2.4.1 Definiciones	30-31
2.4.2 Conformación del EBAS	31-32
2.4.3 Misión del Equipo de Salud	32
2.4.4 Funciones Generales del EBAS	32-33
2.4.5 Actividades de los equipos básicos de Salud, de acuerdo a los siguientes escenarios	33-37
2.5 Diagnóstico de la situación de salud	37-38
2.5.1 Finalidad	38
2.6 Sala situacional	39
2.6.1 Definición	39
2.6.2 Finalidad	39

2.7	Ficha familiar	39
2.7.1	Finalidad	39-40
2.7.2	Personal debe llenar la Ficha Familiar	40
2.8	Visita domiciliaria	40
2.8.1	Finalidad	40-41
2.8.2	Indicador para realizar Visita Domiciliaria	41
2.8.3	Clasificación de las Visitas Domiciliarias	41
2.9	Mapa parlante	41
2.9.1	Finalidad	42
2.10	Atención primaria de salud (APS)	42
2.10.1	Importancia	42-43
2.10.2	Características de la Atención Primaria	43
2.10.3	La atención primaria comprende	43-44
2.10.4	Los componentes esenciales de la A.P.S. son:	44
2.10.5	Aspectos principales de la función del personal de enfermería en la APS	44
2.10.6	Áreas prioritarias y actividades básicas de la APS	45
2.10.7	Competencias para los equipos de APS	45-49
2.11	Matriz de competencias para los equipos de APS	49-54
2.12	Competencias del personal de enfermería en APS	55-60

CAPITULO III

3.METODOLOGÍA	61
3.1 Tipo de estudio:	61
3.2 Diseño de la investigación	61
3.3 Lugar de estudio.	61
3.4 Variables	62
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	62
3.6 Población a investigarse	62
3.7 Validez y confiabilidad de la información	62
3.8 Procesamiento y análisis de datos	62
3.9 Presentación de los resultados de trabajo	63

CAPITULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	64
4.1 Análisis y Discusión de resultados	64-66

CAPITULO V

5.CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	121
5.1 Conclusiones	121-122
5.2 Recomendaciones	123
5.3 glosario de términos	124-132

CAPITULO VI

6. MARCO ADMINISTRATIVO	133
6.1 Recursos	133

6.1.1 Talento Humano	133
6.2 Recursos Materiales y Económicos	133
6.3 Cronograma	134

INDECE DE TABLAS

CAPITULO II

Tabla 2.1 Personal que trabaja en el Hospital San Luis de Otavalo	24
Tabla 2.2 Confirmación del EBAS	31
Tabla 2.3 Escenario familiar	33-34
Tabla 2.4 Escenario comunitario	34-35
Tabla 2.5 Escenario educativo	35-36
Tabla 2.6 Escenarios de servicios de salud	37-38
Tabla 2.7 Competencias del personal de enfermería	55-60

CAPITULO IV

Tabla 4.2.1. Unidades operativas donde labora el personal de enfermería	67
Tabla 4. 2.2. Relación laboral del personal de enfermería	68
Tabla 4. 2.3. Tiempo de trabajo del personal de enfermería	69
Tabla 4. 2.4. Fecha de inicio de implementación del MAIS-FCI	70
Tabla 4. 2.5. Conocimiento del objetivo del MAIS-FCI	71
Tabla 4. 2.6. Disposición del manual de normas del MAIS-FCI	72
Tabla4.2.7. Conocimientos de prestaciones por niveles del personal de enfermería	73
Tabla 4. 2.8. Evaluación del personal de enfermería	74
Tabla 4. 2.9. Difusión del MAIS-FCI en las unidades operativas	75
Tabla 4. 2.10. Análisis de riesgos por los EBAS	76
Tabla 4. 2.11. Sala Situacional y Mapa Parlante en las Unidades Operativas	77
Tabla 4.2.12. Elaboración de Sala Situacional y Mapa Parlante en las Unidades Operativas	78
Tabla 4.2.13. Días para trabajo extramural del personal de enfermería	79
Tabla 4. 2.14. Horas que labora el personal de enfermería en la comunidad	80
Tabla 4. 2.15. Numero de fichas familiares que realiza el EBAS	81
Tabla4.2.16. Acciones del EBAS en cuanto a promoción, prevención y curación.	82
Tabla 4.2.17. Matriz de programación donde labora el personal de enfermería.	83
Tabla 4. 2.18. Supervisión laboral al MAIS-FCI	84
Tabla 4.19. Existencia de transporte a las Unidades Operativas	85
Tabla 4.2.20. Conocimientos para mejorar la cobertura de las Unidades Operativas	86
Tabla 4.2.21. Habilidades para mejorar la cobertura de las Unidades Operativas	89
Tabla 4. 2.22. Conocimientos de prevención y promoción de la salud	92
Tabla 4. 2.23. Habilidades de prevención y promoción de la salud	95
Tabla 4. 2.24. Conocimientos para promover y fortalecer las políticas en las Unidades Operativas	98
Tabla 4. 2.25. Habilidades para promover y fortalecer las políticas en las	101

Unidades Operativas	
Tabla 4. 2.26. Conocimientos para favorecer accesibilidad a la Unidad Operativa	104
Tabla 4. 2.27. Habilidades para favorecer accesibilidad a la Unidad Operativa	107
Tabla 4. 2.28. Conocimientos sobre el desempeño laboral del personal de enfermería	110
Tabla 4. 2.29. Conocimientos sobre el desempeño laboral del personal de enfermería	113
Tabla 4. 2.30. Capacitación acerca del MAIS-FCI al personal de enfermería	116
Tabla 4. 2.31. Frecuencia de capacitación acerca del MAIS-FCI	117
Tabla 4. 2.32. Metodología de la capacitación del MAIS-FCI	118
Tabla 4. 2.33. Capacitadores del MAIS-FCI	119
Tabla 4. 2.34. Claridad del objetivo del MAIS-FCI del personal de enfermería	120

CAPITULO V

Tabla1. Recursos materiales y económicos	133
Tabla 2. Cronograma de actividades	134

INDICE DE GRÁFICOS

CAPITULO IV

Gráfico 4.2.1. Unidades operativas donde labora el personal de enfermería	67
Gráfico 4.2. 2. Relación laboral del personal de enfermería	68
Gráfico 4.2. 3. Tiempo de trabajo del personal de enfermería	69
Gráfico 4.2. 4. Fecha de inicio de implementación del MAIS-FCI	70
Gráfico 4.2.5. Conocimiento del objetivo del MAIS-FCI	71
Gráfico 4.2.6. Disposición del manual de normas del MAIS-FCI	72
Gráfico 4.2. 7. Conocimientos de prestaciones por niveles del personal de enfermería	73
Gráfico 4.2. 8. Evaluación del personal de enfermería	74
Gráfico 4. 2.9. Difusión del MAIS-FCI en las unidades operativas	75
Gráfico 4.2.10. Análisis de riesgos por los EBAS	76
Gráfico 4.2.11. Sala Situacional y Mapa Parlante en las Unidades Operativas	77
Gráfico 4.2.12. Elaboración de Sala Situacional y Mapa Parlante en las Unidades Operativas	78
Gráfico 4.2.13. Días para trabajo extramural del personal de enfermería	79
Gráfico 4.2.14. Horas que labora el personal de enfermería en la comunidad	80
Gráfico 4.2.15. Numero de fichas familiares que realiza el EBAS	81
Gráfico 4.2.16. Acciones del EBAS en cuanto a promoción, prevención y curación.	82
Gráfico 4.2.17. Matriz de programación donde labora el personal de enfermería.	83
Gráfico 4.2.18. Supervisión laboral al MAIS-FCI	84
Gráfico 4.2.19. Existencia de transporte a las Unidades Operativas	85
Gráfico 4.2.20. Conocimientos para mejorar la cobertura de las Unidades Operativas	87
Gráfico 4.2.21. Habilidades para mejorar la cobertura de las Unidades Operativas	90
Gráfico 4.2.22. Conocimientos de prevención y promoción de la salud	93
Gráfico 4.2.23. Habilidades de prevención y promoción de la salud	96

Gráfico 4.2.24. Conocimientos para promover y fortalecer las políticas en las Unidades Operativas	99
Gráfico 4.2.25. Habilidades para promover y fortalecer las políticas en las Unidades Operativas	902
Gráfico 4.2.26. Conocimientos para favorecer accesibilidad a la Unidad Operativa	105
Gráfico 4.2.27. Habilidades para favorecer accesibilidad a la Unidad Operativa	108
Gráfico 4.2.28. Conocimientos sobre el desempeño laboral del el personal de enfermería	111
Gráfico 4.2.29. Conocimientos sobre el desempeño laboral del el personal de enfermería	114
Gráfico 4.2.30. Capacitación acerca del MAIS-FCI al personal de enfermería	116
Gráfico 4.2.31. Frecuencia de capacitación acerca del MAIS-FCI	117
Gráfico 4.2.32. Metodología de la capacitación del MAIS-FCI	118
Gráfico 4.2.33. Capacitadores del MAIS-FCI	119
Gráfico 4.2.34. Claridad del objetivo del MAIS-FCI del personal de enfermería	120
Bibliografía	135
Linografía	136
Anexos	137-150

RESUMEN

Este estudio fue realizado en el área de salud N° 4 en las unidades operativas del primer nivel de Atención. Dicho estudio fue de tipo analítico, de corte transversal con un diseño no experimental cualicuantitativo; como técnicas e instrumentos de recolección de datos se utilizó la encuesta con su respectivo cuestionario mismo que consta de 34 ítems, con preguntas abiertas y cerradas; dicho instrumento fue validado mediante juicio de expertos (Dr. Milton Andrade, Msc. Magdalia Hermosa, Lic. Mercedes Cruz y Lic. Janeth Vaca). Entre los principales hallazgos de esta investigación en el área N° 4 se pudo evidenciar que hay un alto porcentaje del personal de enfermería que conoce y aplica los objetivos del MAIS-FCI en las comunidades basándose a las guías y manuales que proporciona el Ministerio de Salud Pública. Aunque estos grupos de trabajo no cuentan con el material y los medios necesarios para la movilización y la atención extramural. En cuanto a las competencias los conocimientos y habilidades del personal de enfermería esta saber la situación de salud los problemas prevalentes en sus comunidades e identificar la barrera geográfica, económica, organizacional, sociocultural de género, étnicas, etarias y grupos sociales, ampliando la capacidad resolutoria en relación a los problemas de salud prevalentes en el área. Esto nos llevó a determinar las principales funciones básicas que cumple el personal de enfermería en atención primaria como es la prevención, promoción, educación, curación y rehabilitación para la salud, el MAIS-FCI mediante el EBAS, trabaja directamente en la comunidad interactuando si es necesario con los demás niveles de atención mediante la referencia y contrarreferencia, beneficiando de esta manera en todo el proceso de atención al usuario.

ABSTRACT

This study was conducted in the health area No. 4 in the operational units of the first level of care. This study was analytical, cross-sectional non experimental design cualicuantitativo, as techniques and instruments to collect the survey data was used with its own questionnaire consisting of 34 same items, open and closed questions, the instrument was validated by expert opinion (Dr. Milton Andrade, Msc. Magdalia Hermosa, Lic. Mercedes Cruz and Lic Janeth Vaca). Among the main findings of this research in the area No. 4 was evident that a high percentage of nurses who know and apply the objectives of MAIS-FCI in communities based on the guidelines and manuals provided by the Ministry of Public Health. Although these working groups do not have the material and means for mobilization and extramural care. In terms of knowledge and skills competencies of nursing staff is to know the health status of the problems prevalent in their communities and identify the geographical barrier, economic, organizational, cultural gender, ethnic, age and social groups, increasing the response capacity in relation to the health problems prevalent in the area. This led us to identify key core functions that meet the nursing staff in primary care is the prevention, promotion, education, curative and rehabilitative health, the MAIS-FCI by EBAS, works directly in the community interacting if necessary with other levels of care through referral and, thus benefiting the entire customer service process.

INTRODUCCION

El ministerio de salud pública (MSP) buscando mejorar la salud de la población ecuatoriana ha puesto a disposición de las comunidades una serie de programas ya que en la actualidad vivimos muchos momentos de cambios sociales, de nuevos retos técnicos, científicos, culturales y económicos, que en mayor o menor medida afectan a los colectivos sanitarios, dichos programas se encuentran al alcance de los grupos de personas que lo necesiten, entre estos programas el MSP esta poniendo en práctica al nuevo Modelo de Atención Integral de Salud Familia, Comunidad, Individuo (MAIS-FCI) que mediante la aplicación de fichas familiares puede diagnosticar y dar seguimiento a las enfermedades prevalentes de los grupos poblacionales.

Para estas actividades en el primer nivel de atención, el personal de enfermería tiene una serie de conocimientos y habilidades que le permite ser parte de un equipo de trabajo y llegar a la comunidad para determinar situaciones de salud del individuo, familia, comunidad, grupos sociales y entorno natural, mediante la educación, promoción, prevención, rehabilitación y curación, ya que ha sido es y será siempre el paciente el centro de los cuidados, y en torno a el debe organizar y gestionar todas las acciones de enfermería .

Este conjunto de conocimientos y habilidades se diferencia del resto del sistema y se deberá adecuar al nuevo contexto configurado conforme a la estrategia de la Atención primaria de Salud (APS). Asimismo, el énfasis que dicha estrategia ejerce sobre la equidad de acceso y la calidad de los servicios requiere sistematizar los procedimientos y el trabajo en red, como poderosos instrumentos para aumentar la capacidad resolutive de los equipos al fomentar la coparticipación y la corresponsabilidad de sus integrantes.

Y, al mismo tiempo seguir potenciando y desarrollar al máximo el autocuidado de las personas y las familias, para lograr su máxima independencia y responsabilidad en cada proceso de salud enfermedad.

CAPITULO I

1. PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema

La enfermera tiene un papel relevante e importante en el equipo de atención primaria en salud con la puesta en marcha de iniciativas y experiencias novedosas en la prevención y en la promoción del autocuidado, además de las actividades habituales en el centro, el domicilio y la comunidad.

Otro hito interesante lo constituye el desarrollo de la consulta de enfermería a demanda, que se ofrece a los usuarios como una de las puertas de entrada al sistema sanitario, y debe disponer de la capacidad resolutoria necesaria para poder cumplir su finalidad.

No obstante esta evolución e implantación no ha sido homogénea en los centros y en muchos casos el potencial de trabajo y la capacidad de actuación de las enfermeras, en lo que a resolución de problemas de los ciudadanos y desarrollo de sus funciones dentro del equipo se refiere, no es bien conocido y requiere de un impulso por parte de las autoridades competentes.

“Las Líneas Estratégicas reflejadas en el Plan de Mejora de la Atención Primaria, orientadas a la organización y gestión de los servicios, establecen como actuación prioritaria el “Impulso del papel de enfermería”, señalando a la enfermera como elemento fundamental en el fomento del autocuidado y de la educación para la salud de los ciudadanos, debiendo tener la mayor autonomía profesional posible en estos aspectos”¹.

Las funciones de Enfermería en Atención Primaria, lógicamente, son las que se establecen para los Equipos de Atención Primaria, es decir, el eje fundamental de atención es el ciudadano. Por lo tanto es a los ciudadanos a quienes hay que ofertar unos servicios de calidad, y garantizando la accesibilidad a los mismos. Para ello, es necesario el trabajo en equipo multidisciplinario y adaptado a la organización actual de los Equipos de Atención Primaria.

El Ministerio de Salud Pública es el conductor del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS_FC), considera el enfoque de calidad como una prioridad, favorece la democratización de la salud al reconocer a la persona, familia y comunidad como actores centrales y corresponsales del cuidado de su salud, permite lograr que nuestra generación y las futuras adopten prácticas y estilos saludables de vida, para enfrentar el proceso salud enfermedad.

La visita Domiciliaria es la actividad básica del programa de Atención Primaria de Salud. Por medio de ella el equipo EBAS realiza un intercambio de información entre la familia y el equipo de salud del primer nivel. En esta actividad se tiene la oportunidad de conocer la situación familiar, el ambiente familiar, el ambiente físico y sus recursos. Para tal

¹ http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-363408&lng=en&nrm=iso

efecto se utiliza como instrumento la Ficha Familiar, el cual debe ser llenado conforme la información obtenida de la familia.

El equipo de salud con el personal de enfermería liderando, realizará la distribución del sector de acuerdo a su criterio y el personal disponible, de ahí que la enfermera cumple un rol muy importante como parte del Equipo Básico de Atención en Salud.

1.2 Formulación del Problema

¿Cuáles son las competencias requeridas del profesional de enfermería dentro de los Equipos Básicos de Salud en el Área Nro. 4, Provincia de Imbabura desde Noviembre 2009 a Agosto 2010?

1.3 Preguntas directrices

1. ¿Qué funciones básicas cumple el personal de enfermería en la Atención Primaria de Salud?
2. ¿Cuáles son los niveles de intervención del personal de Enfermería en Atención Primaria?
3. ¿Cómo son aplicados los conocimientos, habilidades y actitudes por el personal de enfermería en el ámbito de Atención Primaria en Salud?
4. ¿Qué competencias predominantes debe poseer el personal de Enfermería dentro del Equipo Básico de Atención en Salud

1.4 Objetivos

1.4.1 General

Determinar competencias, requeridas por el personal de enfermería dentro de los Equipos Básicos de atención en Salud.

1.4.2 Específicos

1. Determinar las funciones básicas que cumple el personal de enfermería en la Atención Primaria de Salud
2. Identificar los niveles de intervención del personal de Enfermería en Atención Primaria

3. Identificar los conocimientos, habilidades y actitudes aplicadas por el personal de enfermería en el ámbito de Atención Primaria en Salud
4. Caracterizar y delimitar las competencias predominantes que debe poseer el personal de Enfermería dentro del Equipo Básico de Atención en Salud

1.5 Justificación

Para la presente investigación consideramos de vital importancia delimitar las competencias de la enfermera como miembro activo del Equipo Básico de Salud. Desde el punto de vista de las necesidades y expectativas de los ciudadanos, la enfermera ha de ofrecer respuesta a las demandas de los usuarios (individuo, familia y comunidad) proporcionando cuidados que garanticen un buen nivel de calidad. Para que la respuesta sea adecuada, es necesario analizar continuamente tanto la evolución de la sociedad en sus preferencias, opiniones y necesidades sentidas, como los factores de riesgo que inciden en la salud, acomodando la organización del trabajo a los cambios producidos por esta constante evolución.

Así pues, deberemos tener presente estas circunstancias a la hora de plantear nuevos modelos de atención o la mejora de los ya existentes, como es el caso de la Consulta de Enfermería. Se define la Consulta de Enfermería como un proceso de atención directa, donde la enfermera realiza promoción de la salud, así como prevención y rehabilitación de la enfermedad a personas, de una forma integral, con una participación activa por parte del usuario y/o familia, y en la que se solicitan sus servicios para la resolución de uno o varios problemas de salud en el ámbito de sus competencias y funciones, siempre tratando de buscar la autonomía y la mejora del autocuidado, todo esto en el marco de trabajo de un equipo multidisciplinar.

Como ámbito de trabajo y marco para la identificación de necesidades de salud, la consulta de enfermería facilita la coordinación con otras actuaciones de enfermería, como la atención domiciliaria y la intervención comunitaria. Además, en esta consulta se deben cumplir unos objetivos previamente pactados entre el profesional y el paciente, para alcanzar el autocuidado como objetivo fundamental de la intervención.

“El Equipo Básico de Atención en Salud (EBAS) para el primer nivel puede estar compuesto por 2 o 3 profesionales de la salud y puede combinarse con médico/a, obstetrix, enfermera/o y odontólogo. En lugares donde no se cuente con enfermeras podrían incluirse auxiliar de enfermería y promotores comunitarios, otros de la comunidad (líderes, voluntarios de salud), según la necesidad:

- A nivel rural, se estima la atención de: 600 familias por equipo básico de salud.*
- A nivel urbano, se estima la atención: 1000 familias por equipo básico de salud.*

El EBAS es el responsable de la atención integral de la salud de las personas en un espacio poblacional determinado.

Funciones Generales del EBAS:

- a) Participar en la identificación de los problemas prioritarios del área de salud del EBAS, para orientar la toma de decisiones en el proceso de planificación local*
- b) Elaborar la planificación local participativa a partir de los problemas prioritarios del área de salud del EBAS para orientar la atención integral a las personas con uso racional de los recursos existentes*
- c) Brindar atención integral a la salud de las personas en los diferentes ambientes humanos (familia, comunidad, educativo,*

laboral y los servicios de salud) a partir de prioridades nacionales y locales y recursos existentes para mantener y mejorar la salud de la población

- d) Realizar el seguimiento, control y evaluación de la gestión mediante los indicadores de eficiencia, eficacia, efectividad y calidad definidos para adecuar y reorientar las acciones*
- e) Promover y participar en actividades de desarrollo de los recursos humanos al interior del EBAS a partir de necesidades detectadas mediante evaluación del desempeño para mejorar su capacidad resolutive.*
- f) Recolectar y registrar información local pertinente para el sistema de información en salud a partir de la metodología nacional definida a fin de alimentar el sistema de información en salud nacional y apoyar la toma de decisiones en los diferentes niveles de gestión.*
- g) Participar en investigaciones operativas a partir de las necesidades planteadas a fin de orientar los procesos a nivel local.*
- h) Promover y participar en los procesos destinados a l desarrollo de la participación social a partir de las necesidades detectadas conjuntamente, para garantizar que los diferentes actores sociales se involucren en el análisis, planificación, ejecución y evaluación locales.*
- i) Diseñar y ejecutar un programa de educación y comunicación en salud a la población de su área de salud a partir de los problemas y necesidades detectadas para modificar conocimientos, actitudes y prácticas que faciliten la producción social de la salud.*

Las Actividades de los equipos básicos de Salud son realizar:

- a) Visita Domiciliaria: Utilización de la Ficha Familiar llenado de la ficha familiar atención básica a las personas.*

- b) Participación social y comunitaria en la localidad para la elaboración de la Programación Local y Participativa con la participación activa de todos los actores sociales de la comunidad.*
- c) Atención de salud del niño y adolescente salud Escolar (Escuelas Promotoras de Salud).*
- d) Atención integral de salud a las personas por ciclo de vida”².*

² MSP “Manual del MAIS-FCI”2009

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

2.1 Caracterización del área de estudio

2.1.1 Antecedentes Históricos del Hospital San Luis de Otavalo

El hospital de la ciudad tiene su propia historia. San Vicente de Paúl (1560 – 1660, francés) fundó la congregación de la Misión a cuyos miembros se les conoce como Padres Lazaristas o Vicentinos. Para completar su apostolado de atender preferentemente enfermos, leprosos, ancianos, huérfanos y abandonados, organizó adicionalmente la Compañía de las hijas de la Caridad.

La Madre Lucía Guiart, también francesa, era Superiora del Colegio La Inmaculada de esta ciudad; religiosa de enormes virtudes y cualidades ejecutivas, convocó para el 16 de Octubre de 1923 a una reunión de señoras para organizar una Institución dedicada a establecer un “Hospital” en el que encontrarán en día no muy lejano tantos necesitados abrigo y medicinas para el cuerpo, consuelo y alivio para el alma.

Aspiraban reivindicar para tan plausible obra, como base fundamental, el legado que hiciera Don Antonio Estévez Mora, a favor de Otavalo, su lugar natal, para fundar un Hospital, con rentabilidad de sus propiedades “Peribuela” e “Itachi Chiquito”. Su empeño no dio resultado, a pesar de valiosas intercesiones. Se recurrió a levantar fondos para la adquisición

de un terreno que compraron a Don Antonio Garcés, frente al fundo “San Sebastian”. El plano de la obra fue trabajado por el P. Devriére, Lazarista. Doña Teresa Valdivieso de Larrea, propietaria de la hacienda “San Vicente”, concedió la explotación de una cantera habida en el predio, como contribución para cimientos y trabajos iniciales de la obra. Las señoras de la Liga de Caridad recurrieron al Ministerio de la Guerra (así se llamaba el Ministerio de Defensa Nacional), aprovechando que estaba acantonado en esta ciudad el batallón “Carchi” al mando del Coronel Héctor Icaza, para que se “les obsequiara un eje y dos ruedas de cañón que no hagan uso para formar una carreta que sirviera para el acarreo del material para la construcción”.

Los días sábados, con platos en mano, recorrían el mercado solicitando colaboración para el Hospital. Organizaban festivales cinematográficos; los estudiantes otavaleños residentes en Quito: Víctor Gabriel y Enrique Garcés Cabrera, Humberto Moncayo, Guillermo Garzón Humberto Rodríguez, con la valiosa y entusiasta colaboración de las señoritas Rosa Rebeca Ubidia, Aurelia y Blanca Jarrín, organizaron una velada artística y musical para septiembre de 1926, también con el objeto de recolectar fondos.

La Liga en comunicación al Municipio, le pide la “exoneración del pago del impuesto a los espectáculos públicos y la luz eléctrica gratis para esa noche. También la autorización para llevar el piano del Municipio al Teatro Bolívar, para el mismo objeto”.

Años más tarde, siendo Ministro de Previsión Social y Sanidad Don Leopoldo Chávez, contrató los servicios de la Construcción con el Servicio Interamericano de Salud. Fue inaugurado el 22 de mayo de 1953 en la tercera administración del Dr. José María Velasco Ibarra.

2.1.2 Ubicación Geográfica y Características de Servicio a la Comunidad

El área de salud No. 4 Otavalo tiene 1 hospital básico, 10 subcentros, y 3 puestos de salud y la Casa de la Salud “Jambi Huasi”.

El hospital se creó en 1953, se ubica al norte de la ciudad de Otavalo, en una extensión de dos hectáreas. De acuerdo a la categorización del Ministerio de Salud Pública, este hospital está catalogado como Básico, con una capacidad de 120 camas para atender cuatro especialidades: medicina interna, gineco-obstetricia, pediatría y cirugía. Se cuenta con servicios complementarios como rehabilitación, imagenología, farmacia, trabajo social, control sanitario, y educación para la salud. La modalidad de atención es curativa.

El hospital brinda atención las 24 horas del día con los médicos residentes, los 7 días de la semana.

2.1.3 Personal del Hospital San Luis de Otavalo (HSLO)

Cantidad de personal	Trabajo que desempeña	Cantidad de personal	Trabajo que desempeña
105	PERSONAL ADMINISTRATIVO	36	Enfermeras
125	AUXILIARES Pers. de lavandería Pers. de laboratorio Pers. de farmacia Pers. de aseo Pers. de cocina Pers. de transporte	4	Obstetras rurales
41	Contratos	3	Odontólogos rurales
24	Médicos	19	Internos de enfermería

Tabla 2.1 personal que trabajan en el HSLO

2.2 MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR, COMUNITARIO E INTERCULTURAL (MAIS-FCI)

2.2.1 Definición

“Es el conjunto de políticas, principios, componentes, estrategias, actividades, instrumentos y recursos que actuando de manera integral e integrada, permitan articular los conocimientos científicos y la sabiduría comunitaria contribuyendo la generación de respuestas intersectoriales oportunas en materia de promoción, prevención, recuperación, y rehabilitación, de la salud con calidad y calidez de la persona, familia y comunidad considerando su diversidad y especificidades de genero, cultura y ciclo de vida.”³

Según la OPS/OMS: *“el MAIS es un proceso de cambio fundamental en los procedimientos técnicos de prestación de servicios, en el uso de tecnologías disponibles, en la integración de los conocimientos, en la forma de utilización de recursos, y en la forma de concretarse la participación social”.*⁴

Según la guía del MSP *“el MAIS se constituye en un mecanismo para hacer realidad los derechos y deberes establecidos en la Constitución, con la finalidad de lograr formas equitativas y solidarias de organización, con transformación del Sistema Nacional de Salud, nace como respuesta a las necesidades de la población excluida, que exige su participación organizada en las comunidades, con un espacio de interacción Estado-sociedad, en la cual la población asume un papel protagónico dando énfasis a la inclusión social que garantiza que toda la población recibe atención de salud gratuita.”*⁵

³ MSP, "Manual del Modelo del MAIS-FCI", 2009

⁴ OPS\OMS Atención primaria de salud.mht

⁵ MSP "Modelo de Atención Integral, Familiar, Comunitario e Intercultural. 2008

El MAIS es un proceso de cambio que se va adaptando a las necesidades que presenta la población, busca mejorar la salud haciendo énfasis en la educación, promoción y prevención.

2.2.2 OBJETIVO DEL MAIS - FCI

Garantizar a la población del territorio nacional el acceso a la salud mediante la implementación de un conjunto de acciones integradas en un modelo de atención de salud nacional definido sobre la base de necesidades de la población (demanda), teniendo en cuenta el ciclo de vida, mediante una programación territorial, con criterios epidemiológicos, socioculturales, de género, de interculturalidad y promoción de la salud.

2.2.3 PRINCIPIOS DEL MAIS

- a) **Universalidad en el acceso y cobertura:** Implica que los mecanismos de financiamiento y organización son suficientes para cubrir el acceso a toda la población.
- b) **Integralidad:** Atención a las personas, a los riesgos y condiciones que afectan su salud; involucra promoción prevención, recuperación y rehabilitación a individuos, familias, comunidad y medio ambiente. Interrelación y complementación con las medicinas tradicionales y alternativas en los tres niveles de atención.
- e) **Equidad:** Separación de diferencias injustas en el estado de salud. Sin distinción de etnia, edad y grupo social.
- d) **Continuidad:** seguimiento al estado de salud de una persona y atención de cualquier episodio de enfermedad específica que se presente en cualquier nivel de atención.
- e) **Coordinado e integrado:** Satisfacción de la demanda y su atención continúa en la red plural de servicios de diversa complejidad, mediante el fortalecimiento y sostenibilidad de un sistema de referencia y contra referencia.

- f) **Participativo:** Incluye al individuo en socios activos, en la toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos.
- g) **Planificado:** Estrategia de ejecución y evaluación; en los Consejos de Salud, y en la adaptación de los planes de salud de acuerdo a la realidad local.
- h) **Desconcentrado:** Delegación permanente pero controlada del ejercicio de una o más atribuciones, y los recursos necesarios, dentro de una misma institución.
- i) **Eficiente, eficaz y de calidad:** Orientados a la satisfacción de las necesidades de las personas, principalmente de los grupos poblacionales más desprotegidos o en situación de riesgo. La eficiencia definida como la implementación de mecanismos y procedimientos que garanticen un mayor rendimiento de los recursos.
- j) **Solidario:** Es el trabajo en conjunto de la sociedad para definir y conseguir el bien común.

2.2.4 Características del Modelo de Atención

- a) Atención al individuo, la familia y comunidad
- b) El modelo de atención pretende responder a las necesidades y demandas de los ciudadanos en el marco de sus derechos (salud, estilos de vida, entornos, organización, políticas, educación, trabajo, otros)
- c) Fin: vivir bien “alli causai”

2.2.5 RESPONSABILIDADES DEL MODELO DE ATENCIÓN

1. La atención del individuo, la familia, la comunidad, los grupos sociales y el entorno natural.
2. Definición de una base geográfico-poblacional para atender las necesidades de salud

3. Construir redes y microredes plurales públicas de servicios de atención básica y de especialidad. (accesibilidad y capacidad resolutive)
4. Reorganización de los RH y contratación de nuevos en función del modelo. (Equipos Básicos de Atención)
5. Disponer de un conjunto de prestaciones y actividades para la red plural, en promoción, prevención y recuperación en sus diferentes niveles.
6. Formular programas integrados de salud, superar el enfoque de los programas verticales, son ahora las personas en sus diferentes etapas del ciclo vital (el niño/a, la mujer, el hombre, el adulto mayor, su estado de salud y sus riesgos de enfermar).
7. Desarrollar mecanismos que permitan asignar nuevos recursos económicos a las redes y microredes en función del cumplimiento de indicadores y metas establecidas en los compromisos de Gestión.
8. Contar con un Plan Integral y de Salud como resultado de la participación, negociación y concertación de los diferentes actores que integran el sistema (nacional, provincial y local).

2.2.6 COMPONENTES DEL MODELO DE ATENCION

1. LA PRESTACION: Oferta de servicios, estrategias para la atención integral de salud, individuos, familia, comunidad y entorno.
2. LA GESTION: Desconcentrada y participativa. Asegura uso racional y eficiente de recursos. Manejo adecuado de la calidad de la atención
3. EL FINANCIAMIENTO: Gasto con criterios de equidad, solidaridad y eficiencia

2.3 NIVELES DE ATENCIÓN

Es necesario considerar la correlación entre sus necesidades sanitarias y la estructura de la red de servicios de salud que aseguren la

solución de problemas conservando el equilibrio técnico y de racionalidad administrativa: minimizar los riesgos, maximizar los beneficios, pero optimizando los recursos y utilizando la tecnología apropiada para cada caso.

Así es como se han estructurado los 3 niveles de atención de salud, universalmente aceptados, con sus correspondientes niveles de complejidad y capacidad resolutive.

- **Primer nivel de atención.-** Atención ambulatoria de carácter general. Se caracteriza por ofertar prestaciones de salud para afectaciones simples, de menor riesgo, mayor frecuencia y bajo costo. A este nivel de atención corresponden los siguientes tipos de unidades operativas: puestos de salud, subcentros de salud, centros de salud y las unidades móviles, entre ellas las de salud escolar- UMSE, que por la disponibilidad de sus recursos físicos, humanos y financieros son correlativos en niveles de complejidad.

ACTIVIDADES:

- a) Promoción de la salud, incluye participación comunitaria
 - b) Conformación de comités locales de salud y otras instancias de participación social.
 - c) Acciones básicas de prevención colectiva secundaria, como saneamiento ambiental.
 - d) Visita domiciliarias y llenado de fichas familiares.
 - e) Identificación de riesgos.
 - f) Actividades para resolver riesgos
 - g) Referencia y contrarreferencia a la unidad de mayor complejidad
- **Segundo nivel de atención.-** Atención hospitalaria y ambulatoria de casos de mediana complejidad que son referidos por las unidades

operativas del primer nivel de atención y que exigen recursos de mayor complejidad y costos, que el anterior nivel, corresponden a este segundo nivel los hospitales básicos y los hospitales generales que disponen de atención ambulatoria a través de los servicios de consulta externa, de emergencias y de servicios de internación con camas para resolver los problemas que requieren estancias mayores de 24 horas.

- **Tercer nivel de atención.-** Atención especializada de máxima complejidad que implica no sólo la atención ambulatoria, sino la de internación de pacientes con problemas difíciles, del más alto costo y la utilización de recursos de mayor tecnología. Corresponden a este nivel los hospitales especializados y de especialidades.

Entre los hospitales especializados están aquellos para casos agudos: hospitales pediátricos, gineco-obstétricos y los de infectología; así como para los crónicos: dermatológicos y psiquiátricos.⁶

2.4 EQUIPO BASICO DE SALUD

2.4.1 Definiciones

La OMS define al equipo básico de salud “como una asociación no jerarquizada de personas con diferentes disciplinas profesionales, pero con un objetivo común que es de proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familias la atención mas integral de salud posible.”⁷

“De la Revilla basándose en la definición de equipo de Pritchard define al equipo de salud como un grupo de profesionales sanitarios y no sanitarios que realizan distintas actividades encaminadas al logro de una elevación de la salud de la comunidad sobre la que actúan.”⁸

⁶ MSP”Modelo de Atención Integral, Familiar, Comunitario e Intercultural. 2008

⁷ OPS/OMS: “La Renovación de la APS en las Américas”, 2007

⁸ <http://Equiposalud.blogspot.com/>

El manual del MAIS –FCI define al EBAS como “*el conjunto de recursos profesionales y comunitarios que permiten cumplir la función de atención primaria renovada y la salud comunitaria bajo la rectoría del ministerio de salud pública*”.⁹

Los EBAS son un grupo de personas que tienen en común un objetivo que es brindar atención al individuo, familia y comunidad, exige un enfoque multidisciplinario, e implica comunicación y cooperación entre varios profesionales de la salud que permiten centrar la atención sobre las necesidades totales de salud del paciente.

El EBAS realiza promoción de salud, prevención y tratamiento de la enfermedad de impacto con el apoyo y utilización de todos los recursos de la comunidad.

2.4.2 Conformación del EBAS

El EBAS para el primer nivel esta conformado por personal de salud dependiendo de las necesidades del espacio poblacional.

Según el manual del MAIS –FCI 2009 el EBAS esta formado por:

EBAS INICIAL	EBAS IDEAL
Equipo de atención médica	Equipo de atención médica
1 Médico	1 Médico (Familiar o comunitario)
1 Odontólogo	1 Enfermera (Familiar o comunitario)
1 Obstetriz	Gestores comunitarios de la salud
1 Enfermera	1 Educador para la salud
1 Aux. Enfermería	1 Partera comunitaria
	1 Promotor de la salud

Tabla 2.4.2 Conformación del EBAS

A nivel rural, se estima la atención de: 600 familias por equipo básico de salud.

⁹MSP, "Manual del Modelo del MAIS-FCI", 2009

A nivel urbano, se estima la atención: 1000 familias por equipo básico de salud.

2.4.3 Misión del Equipo de Salud

*“Identificar e intervenir integralmente los riesgos y determinantes de salud en su espacio individual, familiar, comunitario e institucional promoviendo el buen vivir a partir del respeto de los valores, principios y cultura local, con un enfoque de atención integral de la salud de las personas en un espacio poblacional determinado”.*¹⁰

2.4.4 Funciones Generales del EBAS

1. Análisis situacional de salud ASIS del sector y población asignada.
2. Apertura de las fichas familiares de la población asignada por el Jefe del Área de Salud.
3. Elaboración del Mapa Parlante (de acuerdo a la creatividad).
4. Plan de intervención en función de los factores de riesgo (mínimo 20% de visitas familias intervenidas, 3 actividades de promoción de la salud).
5. Elaboración de la programación local integral de salud PLIS, (instrumento oficial adjunto)
6. Fortalecimiento o creación de espacios de participación social en salud (mínimo 1 organización social conformada y 3 actividades realizadas).
7. Desarrollo de las actividades de promoción y fomento de la salud, recuperación y rehabilitación de las enfermedades correspondientes

¹⁰ MSP, “Manual del Modelo del MAIS-FCI”, 2009

al primer nivel de atención inherentes a su profesión de (médico o enfermera u obstetrix u odontólogo) en el Subcentro de Salud de (o Puesto de Salud) en el horario de 8 horas diarias según el siguiente detalle: (ejemplo 10:00 a 18:30 de miércoles a domingo), con descanso lunes y martes.

8. Obligatorio cumplimiento del sistema de referencia y contrareferencia.
9. Registro y sistematización de todas las actividades realizadas.

2.4.5 Actividades de los equipos básicos de Salud, de acuerdo a los siguientes escenarios

➤ **Escenario Familiar**

Visita Domiciliaria:

Utilización de la Ficha Familiar: Llenado de la ficha familiar

Evaluación del medio físico y ambiente humano

Detección y seguimiento de medios físicos o ambientes humanos de riesgo

Atención básica a las personas:
--

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Detección y captación temprana del recién nacido y madre post-parto, embarazadas, mujeres en edad fértil para anticoncepción.• Identificación de adolescentes en riesgo.• Control y vigilancia del crecimiento y desarrollo: (valoración antropométrica en adultos y adultos mayores).• Valoración de agudeza visual y auditiva.• Vacunación.• Detección temprana de deficiencias congénitas y adquiridas.• Estimulación temprana de las deficiencias• Participación en la calificación de las deficiencias• Atención, valoración y referencia en salud oral. |
|---|

<ul style="list-style-type: none"> • Profilaxis de anemia y parasitosis intestinal en niños y adolescentes.
Detección, atención básica y captación de morbilidad prevalente.
Detección temprana, clasificación, seguimiento y referencia de casos de riesgo y con problemas específicos y enfermedades no trasmisibles.
Promoción, información y educación para la salud.
Promoción de la participación social y comunitaria en salud.
Promoción, organización y capacitación de grupos específicos.
Vigilancia y auditoria de muertes infantiles y maternas.
Detección y seguimiento de casos de maltrato intrafamiliar.
Detección y seguimiento de familias en riesgo.
Detección, registro y reporte de enfermedades de notificación obligatoria.
Registro de actividades:

➤ **Escenario Comunitario**

Trabajo Comunitario:

Sensibiliza a Actores Sociales: Sociedad Civil y Gobierno Local:
Consensuar “El Modelo de Atención”.

Participación social y comunitaria en la localidad: para la elaboración de la Programación Local y Participativa con la participación activa de todos los actores sociales de la comunidad.

Evaluación del medio físico y ambientes humanos.

Detección y seguimiento de personas en ambientes de riesgo.

Atención básica de adultos mayores enfermos y deficientes.

Detección, captación, referencia y seguimiento de niños y jóvenes de la calle y adultos mayores en riesgo o ambulantes.

Detección de niños/niñas, jóvenes y adultos con deficiencias o discapacidades
Detección y seguimiento de casos de maltrato intrafamiliar.
Análisis de la situación de salud.
Promoción de la participación social y comunitaria: (mingas y otros temas de salud).
Promoción y organización de la salud para grupos específicos, como el caso de las personas con discapacidades, comisiones de alimentación e higiene.
Detección de medios de comunicación colectiva locales.
Promover la creación de hogares de adolescentes.
Promover la creación de áreas comunitarias para rehabilitación básica y orientación de la familia y la persona con discapacidad.
Investigación sobre la morbilidad y mortalidad, morbideficiencia y las situaciones sociales de riesgo de la población.
Promoción y educación para la salud y para las actividades de rehabilitación con tecnología simplificada.
Vigilancia de la morbideficiencia a través de la detección temprana de deficiencias.
Vigilancia y auditoria de muertes infantiles y maternas.
Trabajo Comunitario: (mingas):

➤ **Escenario Educativo**

**Atención de salud del niño y adolescente:
Salud Escolar (Escuelas Promotoras de Salud)**

Visita a establecimientos educativos.

Evaluación del medio físico y ambiente humano.

Detección y seguimiento de medios físicos o ambientes humanos de riesgo.

<p>Atención de salud del niño y adolescente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificación de adolescentes en riesgo ▪ Control y vigilancia del crecimiento y desarrollo ▪ Valoración de las discapacidades físicas y sensoriales. ▪ Control de las deficiencias mentales. ▪ Control del uso de dispositivos de ayuda de las personas discapacitadas. ▪ Vacunación. ▪ Atención, valoración, profilaxis y referencia en salud oral. ▪ Profilaxis de anemia y parasitosis intestinal en niños y adolescentes. ▪ Exámenes de laboratorio.
<p>Detección, clasificación, seguimiento y referencia de casos de riesgo y problemas específicos.</p>
<p>Detección y seguimiento de casos de maltrato intrafamiliar.</p>
<p>Promoción, organización y capacitación de grupos y líderes.</p>
<p>Promoción, información y educación dirigida a estudiantes, docentes y padres de familia.</p>
<p>Estudio de casos de riesgo con los docentes.</p>
<p>Espacios de reflexión para docentes, padres de familia y estudiantes.</p>
<p>Aulas de inclusión de las familias y las personas con discapacidad para extensión de la salud y la rehabilitación básica.</p>
<p>Organizar concursos que involucren a los centros educativos y a los estudiantes.</p>
<p>Detección, registro y reporte de enfermedades y deficiencias de notificación obligatoria.</p>
<p>Registro de actividades realizadas:</p>

➤ **Escenario de los Servicios de Salud**

<p>Atención integral de salud a las personas:</p> <p>Por ciclo de vida</p>
--

Atención integral a las personas:

- Detección y captación temprana del recién nacido y mujeres post-parto (o post-aborto), embarazadas, mujeres en edad fértil para anticoncepción.
- Anamnesis y examen físico
- Identificación de adolescentes en riesgo.
- Control y vigilancia del crecimiento y desarrollo: (valoración antropométrica en adultos y adultos mayores):
- Valoración del estado nutricional.
- Valoración de agudeza visual y auditiva.
- Vacunación.
- Valoración, profilaxis y referencia en salud oral.
- Profilaxis de anemia y parasitosis intestinal en niños y adolescentes.
- Examen de laboratorio (y gabinete).
- Detección, clasificación, seguimiento y referencia de casos de riesgo y con problemas específicos, enfermedades no transmisibles.
- Detección y seguimiento de casos de maltrato intrafamiliar.
- Atención a la morbilidad y necesidad específica de los diferentes grupos.
- Estudio de casos.
- Análisis selectivo de policonsulta, hospitalizaciones frecuentes y conocimientos de defunciones en el adulto mayor.

2.5 DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD

“Conjunto de aproximaciones a la explicación de la situación de salud-enfermedad de un espacio poblacional, según sus necesidades por condiciones de vida y los problemas de salud que se generan de las

realidades biológicas, sanitarias, sociales, económicas, demográficas, ambientales, culturales y de los servicios".¹¹

Es un proceso compartido entre actores sociales mediante el cual se describe y explica, en un momento dado, la situación de salud de un espacio poblacional.

2.5.1 FINALIDAD

- a) Proporciona información que facilita la toma de decisiones para mejorar la situación de salud.
- b) Caracteriza, mide y explica el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes sean estas competencias del sector salud o de otros sectores.
- c) Facilita la identificación de necesidades y prioridades en salud así como la identificación de intervenciones y programas apropiados a la evaluación de su impacto en salud.
- d) Permite y facilita la presentación, distribución y difusión de la información en salud para coordinar y colaborar intra e intersectorialmente con los actores sociales involucrados.
- e) Aporta evidencia para la planificación, conducción estratégica de la prestación de los servicios y la asignación de recursos a nivel institucional según necesidades reales.
- f) Desarrolla la capacidad de negociación con otros sectores y la comunidad.
- g) Direcciona el desarrollo organizacional, definición de niveles resolutivos, definición de indicadores para el monitoreo y evaluación de los compromisos de gestión.
- h) Permite observar la heterogeneidad de la población, con la finalidad de elaborar respuestas específicas que permitan resolver sus necesidades propias.

¹¹ MSP"Modelo de Atención Integral, Familiar, Comunitario e Intercultural. 2008

2.6 SALA SITUACIONAL

2.6.1 Definición

Es un espacio virtual y matricial, donde se unen diferentes saberes para la identificación y estudio de situaciones de salud, mediante el análisis, decisiones, soluciones. La información es difundida y presentada en diferentes formatos como tablas, gráficos, mapas, documentos técnicos e informes etc.

2.6.2 Finalidad

Convertirse en un instrumento para la gestión institucional, la negociación política, la identificación de necesidades, la movilización de recursos, y para el monitoreo, y evaluación de las intervenciones de salud.

2.7 FICHA FAMILIAR

Es un instrumento de registro, diagnóstico y seguimiento que proporciona información básica de las condiciones de salud de las personas, las familias, su ambiente y de las acciones realizadas por el personal de salud. La evaluación es en forma integral y reconoce problemas crónicos o de discapacidades no diagnosticadas en la consulta medica que se realiza en las unidades operativas.

2.7.1 Finalidad

- a) Como herramienta para realizar la línea de base de una población pues organiza la información por familia y comunidad, facilita el seguimiento con información de población, vivienda, salud y educación.

- b) Como fuente de información e instrumento de registro de cada acción de salud.
- c) Permite trabajar con enfoque de riesgos pues al identificar el riesgo individual, familiar y comunitario facilita focalizar nuestra atención y seguimiento en aquellas familias más vulnerables.
- d) Como base para la planificación y gestión de la salud de la comunidad.

2.7.2 Personal debe llenar la Ficha Familiar

La ficha familiar será aplicada inicialmente por los profesionales del equipo de salud, preferentemente médico y/o enfermera, deberá clasificar a la población según sus riesgos, características biológicas y sociales que se consideren prioritarios abordar.

2.8 VISITA DOMICILIARIA

La visita Domiciliaria es la actividad básica del programa de Atención Primaria de Salud. Por medio de ella se realiza un intercambio de información entre la familia y el equipo de salud del primer nivel. En esta actividad se tiene la oportunidad de conocer la Situación familiar, el ambiente familiar, el ambiente físico y sus recursos.

2.8.1 Finalidad

- a) Diagnosticar los riesgos para la salud
- b) Planificar actividades terapéuticas
- c) Transferir lo clínico a lo psicosocial
- d) Estudiar los riesgos en el contexto familiar
- e) Evaluar los apoyos informales y la necesidad de utilizar los recursos formales de la comunidad.

- f) Realizar el diagnóstico, decidir la intervención y planificación el seguimiento del proceso técnico familiar y de las visitas domiciliarias programadas.

2.8.2 Indicador para realizar Visita Domiciliaria

La ejecución de la Visita Domiciliaria se basa en un enfoque de riesgo por prioridad. Cada familia se clasificará de acuerdo con el riesgo, alto, moderado o bajo, es importante también considerar el criterio epidemiológico en una familia para calificar riesgo.

2.8.3 Clasificación de las Visitas Domiciliarias

Visita Integral: En la primera visita, debe encuestar y diagnosticar a todo el grupo familiar, dar asistencia a cada miembro de la familia, caracterización y clasificación de la familia en base al riesgo. Se elabora el plan de seguimiento y se establecen las Visitas de seguimiento por prioridad.

Visita de Seguimiento: En las visitas subsecuentes, se actualizan datos, se brinda atención integral. Mínimo se debe realizar tres actividades por visita.¹²

2.9 MAPA PARLANTE

Los mapas parlantes son instrumentos técnicos y metodológicos, que permiten conocer en forma gráfica los procesos vividos por los actores locales, los factores de riesgo y protección.

¹² MSP "Modelo de Atención Integral, Familiar, Comunitario e Intercultural visita domiciliaria. 2008

2.9.1 Finalidad

Permite reflexionar sobre la problemática y su relación con los riesgos y factores de protección para desarrollar una planificación que influirá en el mejoramiento de la salud.

2.10 ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS)

La Conferencia de Alma Ata definió la APS como: *“la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación”*¹³.

Según la OMS *“La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad”*¹⁴.

Es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades, con el sistema nacional de salud, acerca la atención sanitaria a donde viven y trabajan las personas.

¹³ Organización Panamericana de la Salud “Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS” Washington, D.C.: OPS, © 2008

¹⁴ OPS/OMS: “La Renovación de la APS en las Américas”, 2007

2.10.1 IMPORTANCIA

*“Un sistema de salud debe estar organizado para satisfacer las necesidades de salud de una población, y se ha comprobado que con una buena APS se puede satisfacer entre un 80 a 90 % de todos los problemas. Este porcentaje evidencia la importancia de tener, en cualquier sistema de salud, una APS bien establecida, y fuerte, donde se resuelven los problemas con costos más bajos, con menos recursos y sobre todo en concordancia a la realidad de las personas, particularmente a sus aspiraciones personales y sociales”.*¹⁵

2.10.2 Características de la Atención Primaria

- a) La **accesibilidad** es la provisión eficiente de servicios sanitarios en relación con las barreras organizacionales, económicas, culturales y emocionales.
- b) La **coordinación** es la suma de las acciones y de los esfuerzos de los servicios de atención primaria.
- c) La **integralidad** es la capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población atendida (en atención primaria es alrededor del 90%).
- d) La **longitudinalidad** es el seguimiento de los distintos problemas de salud de un paciente por el mismo médico.

2.10.3 La atención primaria comprende

1. La asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.
2. La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

¹⁵[http:// El rol de la atención primaria en los seguros de salud - Salud de Altura.mht.com/](http://El%20rol%20de%20la%20atenci%C3%B3n%20primaria%20en%20los%20seguros%20de%20salud%20-%20Salud%20de%20Altura.mht.com/)

3. Las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria.
4. Las actividades de información y vigilancia en la protección de la salud.
5. La rehabilitación básica.
6. Las atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos.
7. La atención paliativa a enfermos terminales.
8. La atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada.
9. La atención a la salud bucodental.

2.10.4 Los componentes esenciales de la A.P.S. son:

1. Extensión de la cobertura con servicios de salud y mejoramiento del ambiente.
2. Organización y participación de la comunidad para su bienestar.
3. Desarrollo de la articulación intersectorial.
4. Desarrollo de la investigación y de tecnologías apropiadas.
5. Disponibilidad y producción de insumos y equipos críticos.
6. Formación y utilización de recursos humanos.
7. Financiamiento del sector.
8. Cooperación internacional¹⁶

2.10.5 ASPECTOS PRINCIPALES DE LA FUNCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA APS

- a) Proveedor de atención directa
- b) Educador del personal de salud y del público
- c) Supervisor y administrador de los servicios de APS

¹⁶<http://\ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.mht.com>

d) Investigador y evaluador de la atención de salud

2.10.6 ÁREAS PRIORITARIAS Y ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA APS

Según Loewe entre las principales áreas prioritarias de la APS están:

- a) Salud materno infantil
- b) Inmunizaciones
- c) Enfermedades diarreicas
- d) Enfermedades agudas
- e) Enfermedades de transmisión sexual
- f) Salud mental Salud dental
- g) Enfermedades respiratorias crónicas
- h) Atención a personas de la tercera edad
- i) Prevención de accidentes y control de enfermedades ocupacionales
- j) Prevención de discapacidades físicas
- k) Erradicación del paludismo, fiebre amarilla y enfermedades parasitarias
- l) Alimentación y nutrición
- m) Salud ambiental

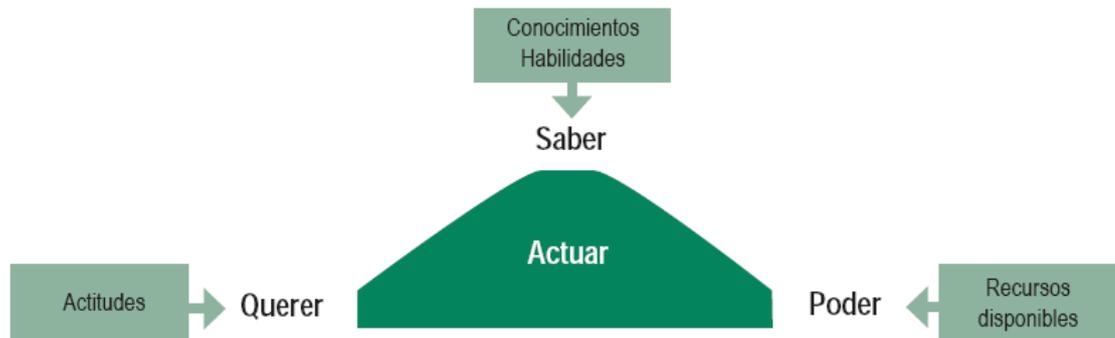
2.10.7 COMPETENCIAS PARA LOS EQUIPOS DE APS

➤ Definición

“Son características (conocimientos, habilidades y actitudes) de las personas, que se ponen de manifiesto cuando ejecutan una tarea o realizan un trabajo y están relacionadas con el desempeño exitoso en una actividad, laboral o de otra índole”¹⁷.

¹⁷ Organización Panamericana de la Salud “Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS” Washington, D.C.: OPS, © 2008

El desempeño exitoso y las buenas prácticas son comportamientos observables si se actúa con competencia, para lo que es necesario tener conocimientos (saber), habilidad para poner en práctica los conocimientos (saber hacer), estar motivado y tener actitud (querer hacer) y disponer de los medios y recursos necesarios (poder hacer).



Cuadro Nº 1 de competencias

➤ **Clasificación de las competencias**

- a) Genéricas
- b) Específicas
- c) Humanísticas

A. Competencias Genéricas

Es fundamental para el adecuado cumplimiento o desarrollo de las tareas del equipo, son **comunes y compartidas** a todos los miembros y permiten que los profesionales se adapten al trabajo, se mantengan actualizados y superen los problemas que deben enfrentar en sus respectivos puestos.

Dentro de las competencias genéricas se hablará: la comunicación, el manejo de la información, la gestión de los recursos y la salud pública.

▪ **COMUNICACIÓN**

La comunicación es considerada la principal herramienta en el trabajo de los integrantes del equipo de APS tanto para la correcta relación con los pacientes, como para interactuar con la comunidad, los niveles políticos y gerenciales, entre niveles de atención y entre los propios miembros del equipo.

La comunicación habitual en el primer nivel de atención, se produce en la consulta donde se atienden personas con problemas de salud poco definidos, en estudios precoces de su historia natural, por lo que debe existir una capacidad de razonamiento adecuado para distinguir aquellas situaciones más complejas de gravedad, elaborando una orientación diagnóstica más concreta, a partir de una queja muy indefinida.

La comunicación eficaz es esencial para realizar una prestación de servicios de salud de alta calidad porque mejoran:

- La satisfacción del individuo.
- Su comprensión
- Su adherencia terapéutica
- La comunicación es un mecanismo para interactuar con la comunidad, además facilita la participación comunitaria
- Resolución de conflictos entre los miembros del equipo
- Los resultados de salud en términos generales de la asistencia

En otros aspectos, la comunicación entre los miembros del equipo y el individuo es un elemento que ayuda al alcance del desempeño.

▪ **MANEJO DE LA INFORMACIÓN**

“La OMS en 1973 lo definió como un “mecanismo para la recogida, procesamiento, análisis y transmisión de la información que se requiere

para la organización y el funcionamiento de los servicios sanitarios y también para la investigación y la docencia”.

Los sistemas de información de salud responden a la necesidad de establecer un sistema de evaluación del estado de salud de la población y de las actividades de promoción, prevención y de asistencia sanitaria.

▪ **GESTIÓN DE RECURSOS**

La gestión de recursos tiene que ver con las habilidades para poder hacer una evaluación del problema específico que los equipos enfrentan y poder determinar de forma racional cuales son los recursos que se van a necesitar para proporcionar la respuesta adecuada.

▪ **SALUD PÚBLICA Y SUS FUNCIONES ESENCIALES**

La salud pública es el componente de los sistemas de salud que persigue mejorar, proteger o mantener la salud de las poblaciones.

1. Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud.
2. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños a la salud pública.
3. Promoción de la salud.
4. Participación de los ciudadanos en la salud.
5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública.
6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública.
7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.
8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.

9. Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.
10. Investigación en salud pública.
11. Reducción de impacto de las emergencias y desastres en salud

B. COMPETENCIAS ESPECÍFICAS

Las competencias específicas son propias de las funciones que debe realizar una unidad organizativa como los equipos de APS, ligadas a los procesos y aportaciones individuales y colectivas dependientes de los conocimientos y habilidades. Son inherentes a cada profesión y predominan los aspectos técnicos.

C. COMPETENCIA HUMANÍSTICA

La competencia humanística se refiere al conjunto de valores éticos que se forman en el profesional para el uso y aplicación de los conocimientos adquiridos. Esta relacionada con el ejercicio profesional y su responsabilidad social ante la comunidad (ética profesional).

2.11 Matriz de competencias para los equipos de APS

La renovación de la APS propone como mecanismo fundamental para la reorientación de los Sistemas de Salud que estos estén basados en la APS, fundamentados en valores, guiados por unos principios propios y conformados por un conjunto de elementos esenciales.

Los valores esenciales del Sistema de Salud deben de ser reflejo de los valores de la sociedad en general como son:

- El derecho al nivel de salud más alto posible
- La equidad en salud.

➤ La solidaridad.

La matriz conteniendo los elementos, funciones y competencias (conocimientos y habilidades) se encuentra a continuación:

❖ Elementos esenciales

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

A. ACCESO Y COBERTURA UNIVERSAL

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

B. ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA

La atención integral e integrada significa que el rango de los servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la provisión de servicios de promoción, prevención, diagnóstico precoz, curación, rehabilitación, atención paliativa y apoyo para el auto-cuidado.

C. ÉNFASIS EN LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Es la atención en salud en el momento de intervención más temprano posible dentro del proceso salud-enfermedad y/o entre el riesgo, los

problemas de salud y secuelas. Esta atención de salud se presta al individuo, la familia y la comunidad.

D. ATENCIÓN APROPIADA

La atención apropiada plantea la aplicación de medidas, tecnologías y recursos en cantidad y calidad suficientes para garantizar el cumplimiento de los objetivos propuestos en materia de salud. Los beneficios esperados, como resultado de una atención adecuada, deben superar las consecuencias negativas del proceso de la enfermedad.

E. ORIENTACIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA

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

F. MECANISMOS ACTIVOS DE PARTICIPACIÓN

La APS debe ser parte integral de las estrategias nacionales y locales de desarrollo socioeconómico, involucrando de forma compartida la participación social para garantizar transparencia y rendición de cuentas en todos los niveles. Esto incluye actividades conjuntas del EAP y la comunidad, que promuevan ambientes y estilos de vida saludables, fomenten el auto cuidado de la salud de los individuos, la estimulación de las habilidades de las comunidades para hacerse socios activos en la identificación, priorización, planificación y gestión de los problemas de salud de la comunidad, así como la evaluación de las acciones llevadas a

cabo por el sector de la salud, incorporando también sectores públicos privados y de la sociedad civil.

G. MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL

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

Muchas veces las regulaciones de ámbito nacional limitan el desarrollo del trabajo en equipo.

H. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN ÓPTIMAS

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

I. POLÍTICAS Y PROGRAMAS PRO EQUIDAD

Se debe estimular dentro de los miembros del EAP, el conocimiento de políticas y programas pro-equidad con el fin de contribuir a disminuir los efectos negativos de las desigualdades sociales en salud, corregir los principales factores que causan las inequidades y asegurarse que todas las personas sean tratadas con dignidad y respeto en la provisión de los servicios de salud.

J. PRIMER CONTACTO

Es esencial en la organización de los servicios sanitarios en niveles de atención. La idea es que exista un punto de entrada cada vez que el paciente tiene un problema de salud y que este punto de entrada debe ser útil y accesible.

K. RECURSOS HUMANOS APROPIADOS

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

L. RECURSOS ADECUADOS Y SOSTENIBLES

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

M. ACCIONES INTERSECTORIALES

Las acciones intersectoriales se necesitan para abordar los determinantes de la salud de la población y para crear relaciones

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

COMPETENCIAS DE ATENCIÓN EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Elementos esenciales de la APS	Función estructural	Competencias	
		Conocimientos	Habilidades para:
1. Acceso, cobertura universal y Atención Integral e integrada	Eliminar barreras de Acceso. Proporcionar atención integral e integrada a la población.	Conocer la situación de salud y los problemas prevalentes en su comunidad e Identificar las barreras geográficas, económicas, organizacionales, socioculturales, de género, étnicas, etarias, grupos sociales. Conocer las estrategias y la accesibilidad organizacional que tiene la población en caso de presentarse una emergencia. Conocer las técnicas y procedimientos para la atención intra y extramural	Aplicar estrategias para reducir las barreras de acceso y ampliar la Cobertura para lograr consensos. Captar necesidades percibidas y no percibidas del individuo y la familia Amplia la capacidad de resolutiva en relación a los problemas de salud prevalentes de la comunidad. Promueve en la comunidad el autocuidado de la salud de acuerdo a

		<p>Conocer la red funcional de los servicios de salud y los mecanismos de referencia y contrarreferencia para todos sus niveles de atención</p>	<p>las enfermedades prevalentes.</p>
<p>3. Énfasis en promoción y prevención de la salud</p>	<p>Promoción de la salud y prevención de las enfermedades</p>	<p>Conocer y aplicar metodologías y herramientas para identificar: Situación de Salud, Determinantes de Salud, Red de Servicios, Recursos financieros, Situación socioeconómica y cultural, Situación familiar</p> <p>Conocer herramientas para aplicar, monitorear y evaluar las actividades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.</p>	<p>Participa en las iniciativas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad diseñando programas locales basadas en las necesidades de su comunidad</p> <p>Da atención apropiada basada en la evidencia en los distintos escenarios (intra y extramural). De manera oportuna y eficiente en el uso de la red de servicios de salud.</p>

		<p>Conocer las prácticas para responder a las necesidades (físicas, sociales, mentales y de salud de las personas) y aplicar las nuevas tecnologías y métodos apropiados de acuerdo a la cultura y recursos locales.</p> <p>Promover en la comunidad la importancia del autocuidado de la salud</p> <p>Conoce acerca de planificación y programación participativa Subcentro comunidad</p>	<p>Identifica fuentes de información, actores claves en la comunidad y recolecta, analiza y utiliza la información adecuada y pertinente</p> <p>Realiza entrevistas familiares y Hace planificación y programación participativa.</p> <p>Define las responsabilidades de cada uno de los miembros del equipo para garantizar una atención apropiada y realiza la coordina los cuidados.</p>
Fortalecer las políticas públicas y marco legal del		Saber Políticas del Sector Salud, Planes y programas del Sector Salud, Políticas Públicas locales,	Analiza la coherencia entre políticas, planes y programas y su relación con el trabajo multidisciplinar en APS.

<p>sector salud</p>		<p>Marcos legales existentes vinculados con el sector de la salud, Políticas sociales.</p> <p>Conocer las limitaciones existentes en las políticas planes y programas del sector salud que limitan la equidad.</p> <p>Conocer las estrategias de abordaje para la resolución de las inequidades en salud y sus marcos políticos y legales.</p>	<p>Adapta las políticas, las normas a la realidad local y realiza análisis críticos integrados sobre políticas sociales y su influencia sobre el sector salud.</p> <p>Evalúa las políticas públicas y su relación con el sector salud.</p>
<p>Accesibilidad a los servicios</p>		<p>Establecer puerta de entrada al sistema de salud promoviendo estrategias para garantizar un buen acceso a los servicios de salud.</p> <p>Conocer el rol a desempeñar por el</p>	<p>Dar un trato digno y respetuoso, priorizando las necesidades y las intervenciones en salud acogiendo al individuo/familia/comunidad con respecto a los problemas que se presentan.</p>

		<p>equipo en su conjunto para reconocer y valorar, a través de la entrevista, los problemas de salud o de otro tipo que repercutan en el proceso salud-enfermedad.</p>	<p>Desarrollar una buena comunicación con el individuo/ familia/comunidad que solicita atención de salud o de cualquier otra índole.</p> <p>Respetar y promover la autonomía de los individuos, familias y comunidades.</p> <p>Organizar el servicio para garantizar el acceso.</p> <p>Respetar y promover la autonomía de los individuos, familias y comunidades.</p>
Desempeño laboral y trabajo en equipo		<p>Conoce y definir roles y responsabilidades dentro del equipo.</p> <p>Conoce acerca de los procesos de capacitación y actualización permanente.</p> <p>Conoce y aplicar el código ético</p>	<p>Apoya y participa en el proceso de educación permanente de los miembros del equipo.</p> <p>Analiza el perfil del equipo y las necesidades de salud de la población, en forma participativa, del equipo y de la comunidad.</p>

		<p>entre ellos y con la comunidad</p> <p>Conoce acerca de la red de servicios de atención en el sistema de salud para movilizar recursos.</p> <p>Reconoce e identifica la necesidad de mantener actualizado los conocimientos a través de la formación continua.</p> <p>Conoce las necesidades de calificación y recertificación de los trabajadores del equipo</p> <p>Conoce las metodologías de evaluación del desempeño.</p>	<p>Negocia condiciones de trabajo (requerimiento de dotación de personal para los equipos, financiamiento).</p> <p>Elabora, desarrolla y participa en procesos del trabajo en equipo:</p> <p>Comunicación, colaboración, coordinación, negociación y solución de conflictos, participación, toma de decisiones, responsabilidad compartida.</p>
--	--	---	---

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio:

Investigación de diseño observacional, analítico, de corte transversal. Con el objetivo de describir los conocimientos aptitudes y prácticas de los profesionales de enfermería que integran los grupos de Equipo Básico de Atención en Salud (Atención Primaria)

- Analítico Correlaciona: Mide dos o más variables, estableciendo su grado de correlación. No pretender dar una explicación completa (de causa y efecto) al fenómeno investigado, sólo investiga grados de correlación, dimensiona las variables.
- Corte transversal: se estudia simultáneamente la exposición y el efecto.

3.2 Diseño de la investigación

Por ser un estudio analítico transversal no esta sujeto a la especificación de hipótesis.

3.3 Lugar de estudio

Área numero 4 en los diferentes subcentros como son: Ilumán, Peguche, Agato, La Compania, San Pablo, Gonzales Suárez, San Rafael, Eugenio Espejo, Punyaro, Quiquinche, Gualsaqui, Pataqui, Consulta Externa Hospital San Luis de Otavalo, Selva Alegre.

3.1 Variables

Independiente

Competencias en atención primaria del personal de enfermería

Dependiente

Equipos Básicos de Atención en Salud

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se aplicara el método científico con un enfoque inductivo deductivo a partir de la revisión de análisis bibliográfico y documental, así como el uso de métodos empíricos como talleres, encuestas y consulta a expertos.

3.6 Población a investigarse

La población definida para realizar dicha investigación son los miembros del Equipo Básico de Atención en Salud de los distintos Subcentros del área N° 4.

3.7 Validez y confiabilidad de la información

El instrumento será validado mediante la revisión y análisis bibliográfica y documental, la aplicación de encuestas y la consulta a expertos.

3.8 Procesamiento y análisis de datos

Una vez obtenido los datos de campo se procedió a realizar la organización y tabulación para lo cual se trabajó en equipo con la intención de evitar errores.

Luego de la tabulación se diseñó los cuadros y gráficos estadísticos para lo cual se recurrió al programa computarizado de Excel cada uno de los gráficos tiene su correspondiente interpretación el la cual se detalla porcentajes mas importantes o que mas se acerca a la realidad.

3.9 Presentación de los resultados de trabajo

Los presentes resultados del trabajo se obtuvieron del área Nro 4 de Imbabura "Otavalo" con la finalidad de dar a conocer las competencias en atención primaria del personal de enfermería dentro de los EBAS con el fin de determinar dichas funciones que el personal realiza.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La mayor concentración del personal de enfermería en al área N° 4 corresponde en 85.7% al los Subcentros de Salud; y el 7.1 centros de salud.

Apenas el 28.6 % de Enfermeras que conforman el EBAS cuentan con nombramiento y 71.4% es decir el mayor porcentaje es a contrato con un tiempo laboral máximo de un año

Entre el año 2007 y 2008 se completo la implementación de MAIS-FCI en el área, existiendo un mínimo porcentaje del personal que no conoce los objetivos del programa y no disponen un manual informativo representado por un 7.1%.

El 100% de la población refiere conocer el paquete de prestaciones básicas del MAIS-FCI, existiendo un 28.6% que refiere no haber sido evaluado con metas e indicadores por parte de la coordinación del área

Se puede evidenciar que el 92.9% del personal a tenido información y difusión del MAIS-FCI.

Entre las competencias predominantes que debe realizar el EBAS podemos citar que para el 100% es fundamental el análisis de riesgos.

La capacitación para desarrollar competencias relacionadas con el manejo de la sala situacional y los instrumentos como el mapa parlante, para el 50% del personal no fue difundida.

Otra competencia común esta relacionada con el trabajo extramural evidenciando el 100% que lo realiza, aunque el tiempo asignado tiene variabilidad que son de una a once horas, también podemos ver que se da mayor énfasis al numero de fichas familiares que a la calidad de atención que debe prestar el EBAS.

Entre otras competencia se puede notar que 64.3% corresponde a prevención, promoción 85.7% y actividad curativa tienen un porcentaje del 7.1%

La gestión de las competencias cuenta con una matriz de programación existiendo el 14.3% que no tiene orientación para el trabajo dentro de los EBAS.

Entre los factores que limitan las acciones extramurales se encuentra la falta de medio de transporte

- **COMPETENCIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL MAIS-FCI**

Entre otras competencias para evaluar las coberturas percibidas por el personal de enfermería se encuentra la identificación de barreras geográficas, económicas, organizacionales, socioculturales, de género, Étnicas, etarias, grupos sociales, quienes consideran muy importante el 78.6% siendo la habilidad aplicar estrategias para reducir barreras de acceso y ampliar coberturas para lograr un consenso considera muy importante el 78.6% .

Sobre la promoción y prevención en las unidades operativas el conocer y aplicar metodologías y herramientas para identificar la situación de salud, evaluar las actividades de prevención de la enfermedad y promoción de salud discurre que es muy importante el 64.3% siendo la habilidad participar en las iniciativas de promoción y prevención basadas en las

necesidades de la comunidad corresponde al 71.4% que es muy importante.

Otro conocimiento es favorecer la accesibilidad en las unidades operativas donde 71.4% es muy importante el momento de establecer una puerta de entrada al sistema de salud garantizando un buen acceso a todos los servicios. Mediante la habilidad, el respeto y el trato digno hacia el individuo, familia y comunidad hacer que se desarrolle una buena comunicación es muy importante para el 92.9%.

- **CAPACITACION**

Un gran porcentaje del personal de enfermería correspondiente al 78.6% recibió capacitación en una frecuencia de 1 a 3 veces, la metodología predominante fue taller 45.5% y las lecturas en un 18.2% siendo la mayoría capacitados por médicos.

4.2 PRESENTACIÓN DE DATOS

4.2.1.- UNIDADES OPERATIVAS DONDE LABORA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL AREA DE SALUD NRO. 4, DE LA PROVINCIA DE IMBABURA. NOVIEMBRE- AGOSTO 2010

Unidad Operativa	Frec	%
SCS	12	85,7%
PS	1	7,1%
CS	1	7,1%
Total	14	100,0%

Tabla 4.2.1

Autoras: Betty Sánchez y Adriana Vaca

Fuente: Encuestas realizadas en el área Nro. 4 al personal de enfermería.

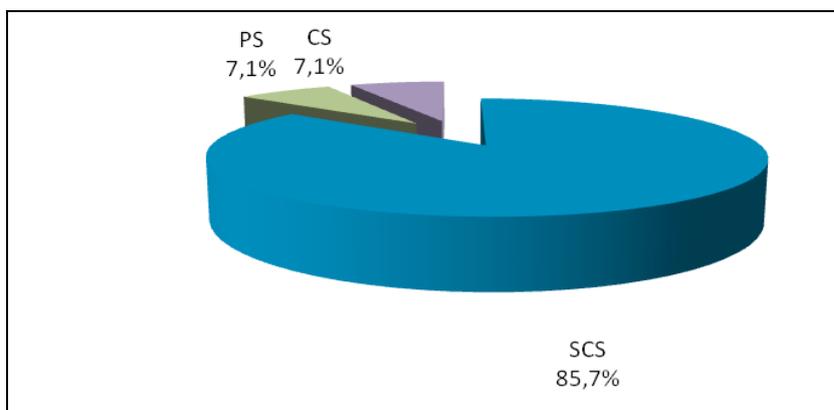


Gráfico 4.2.1

ANÁLISIS:

De las 14 encuestas realizadas en el Área de Salud Nro. 4 de Imbabura el 85.7% trabajan en Subcentro de Salud, el 7.1% en Centros de Salud y un igual porcentaje del 7.1% en Puestos de Salud. Significando que el área cuenta con mayor porcentaje de SCS.

**4.2.2.- RELACIÓN LABORAL DEL PERSONAL DE
ENFERMERÍA DEL ÁREA DE SALUD Nro. 4, DE LA PROVINCIA DE
IMBABURA. NOVIEMBRE- AGOSTO 2010**

Relación laboral	Frec	%
Enfermera planta	4	28,6%
Enfermera contrato	10	71,4%
Total	14	100,0%

Tabla 4.2.2

Autoras: Betty Sánchez y Adriana Vaca

Fuente: Encuestas realizadas en el área Nro 4 al personal de enfermería.

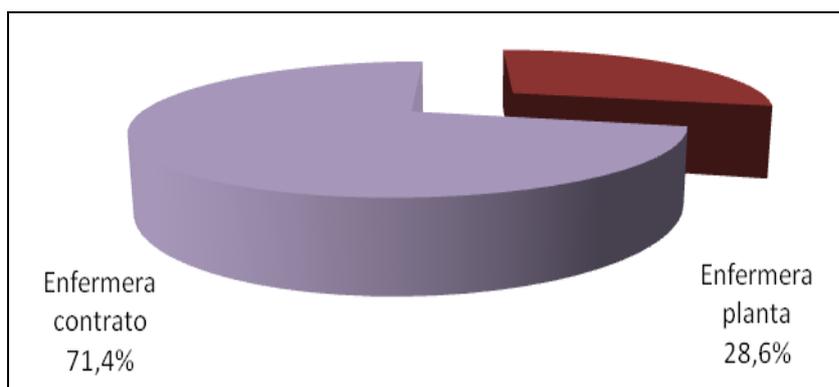


Gráfico 4.2.2

ANÁLISIS:

Existen el 71.4% de enfermeras a contrato que laboran en el Área de Salud Nro. 4 y solo el 28.6% son enfermeras de planta en los equipos básicos de salud. Se demuestra que en la mayoría de unidades de salud solo están allí por periodos de tiempo cortos.

**4.2.3.- TIEMPO DE TRABAJO DEL PERSONAL DE
ENFERMERÍA DEL ÁREA DE SALUD Nro. 4, DE LA PROVINCIA DE
IMBABURA. NOVIEMBRE- AGOSTO 2010**

Tiempo trabajo	Frec	%
< 1 año	9	64,3%
1-5 años	2	14,3%
5-10 años	1	7,1%
>10 años	2	14,3%
Total	14	100,0%

TABLA 4.2.3

Autoras: Betty Sánchez y Adriana Vaca

Fuente: Encuestas realizadas en el área Nro. 4 al personal de enfermería.

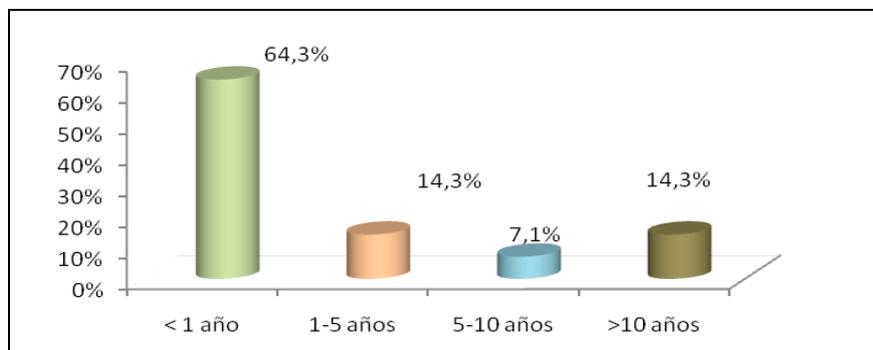


Gráfico 4.2.3

ANÁLISIS:

La tabla nos indica que existe un 64.3% de enfermeras del área N° 4 que laboran menos de una año, el 14.3% de 1 a 5 años y en igual porcentaje trabajan más de 10 años; el 7.1% están de 5 a 10 años en su puesto como enfermera de planta. Lo que se demuestra que el tiempo trabajo del personal de enfermería es demasiado corto siendo este un riesgo de la confianza de los usuarios.

COMPETENCIAS DE ENFERMERÍA

4.4.- FECHA INICIO IMPLEMENTACIÓN MAIS – FCI EN LA UNIDAD OPERATIVA DONDE LABORA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE SALUD Nro. 4, DE LA PROVINCIA DE IMBABURA. NOVIEMBRE- AGOSTO 2010

Fecha inicio implementación	Frec	%
año 2007	13	92,9%
año 2008	1	7,1%
Total	14	100,0%

Tabla 4.2.4

Autoras: Betty Sánchez y Adriana Vaca

Fuente: Encuestas realizadas en el área Nro. 4 al personal de enfermería.

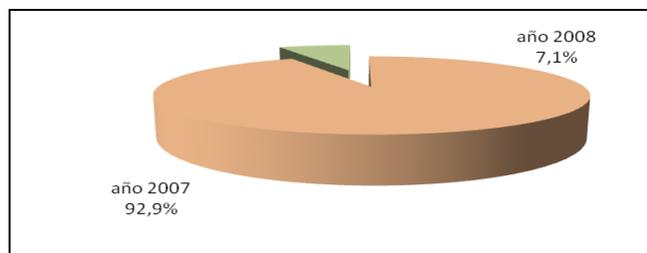


Gráfico 4.2.4

ANÁLISIS:

El Modelo de Atención Integral de Salud MAIS fue implementado desde el año 2007 señala el 92.9% en los lugares de trabajo donde laboran; y el 7.1% señala que fue en el año 2008 cuando se implemento en sus lugares de trabajo el MAIS. Lo que significa que no en todas las unidades operativas se inicio en la misma fecha ya que no coinciden las fechas.

4.2.5.-CONOCIMIENTO DEL OBJETIVO DEL MAIS-FCI EN PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE SALUD Nro. 4, DE LA PROVINCIA DE IMBABURA. NOVIEMBRE- AGOSTO 2010

Objetivo MAIS	Frec	%
SI	13	92,9%
NO	1	7,1%
Total general	14	100,0%

Tabla 4.2.5

Autoras: Betty Sánchez y Adriana Vaca

Fuente: Encuestas realizadas en el área N 4

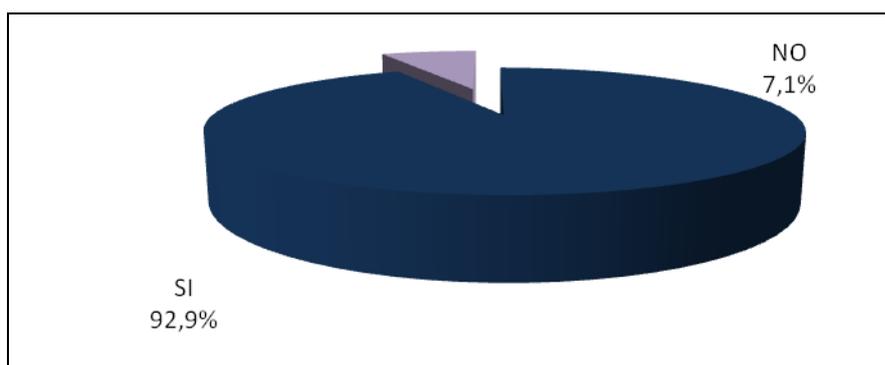


Gráfico 4.2.5

ANÁLISIS:

EL 92.9% de las encuestas conocen que el Objetivo del MAIS – FCI es garantizar a la población el acceso a la salud integral mediante una programación con enfoque (epidemiológico, de género, generacional, intercultural y de promoción de la salud familiar. Solo el 7.1% no lo conoce. Lo que nos demuestra que a pesar de las capacitaciones hay un grupo que todavía no está enterado del objetivo del MAIS.

**4.6.- DISPOSICIÓN DEL UN MANUAL DE NORMAS DEL MAIS-FCI EN
EL PERSONAL DE
ENFERMERÍA DEL ÁREA DE SALUD Nro. 4, DE LA PROVINCIA DE
IMBABURA. NOVIEMBRE- AGOSTO 2010**

Dispone Manual	Frec	%
SI	13	92,9%
NO	1	7,1%
Total general	14	100,0%

Tabla 4.2.6

Autoras: Betty Sánchez y Adriana Vaca

Fuente: Encuestas realizadas en el área N 4

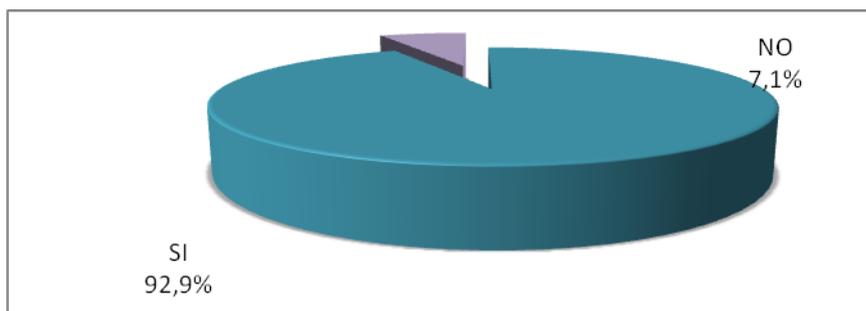


Gráfico 4.2.6

ANÁLISIS:

La mayoría que es el 92.9% si disponen de un manual de normas donde se especifica los aspectos conceptuales operativos y estratégicos para el trabajo dentro de los EBAS, solo el 7.1% no dispone de este Manual

4.2.7.- CONOCIMIENTOS DE PRESTACIONES POR NIVELES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE SALUD NRO. 4, DE LA PROVINCIA DE IMBABURA. NOVIEMBRE- AGOSTO 2010

Conoce prestaciones	Frec	%
SI	14	100,0%
NO	0	0,0%
Total general	14	100,0%

Tabal 4.7

Autoras: Betty Sánchez y Adriana Vaca

Fuente: Encuestas realizadas en el área N 4

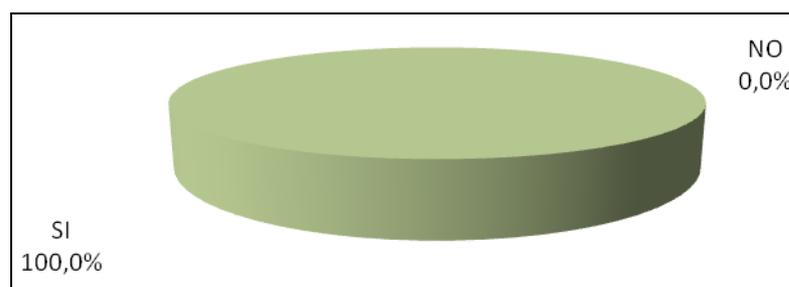


Gráfico 4.2.7

ANÁLISIS:

Todos conocen las prestaciones que deben brindar (por niveles) y el tipo de usuarios que les corresponde atender en el Área de Salud Nro. 4 de Imbabura. Lo que significa que todos fueron capacitados dentro de su nivel y conocen las funciones que deben realizar.

**4.2.8.-EVALUACIÓN DEL PERSONAL DE
ENFERMERÍA DEL ÁREA DE SALUD Nro. 4, DE LA PROVINCIA DE
IMBABURA. NOVIEMBRE- AGOSTO 2010**

Ha sido evaluado	Frec	%
SI	10	71,4%
NO	4	28,6%
Total general	14	100,0%

Tabla 4.2.8

Autoras: Betty Sánchez y Adriana Vaca

Fuente: Encuestas realizadas en el área N 4

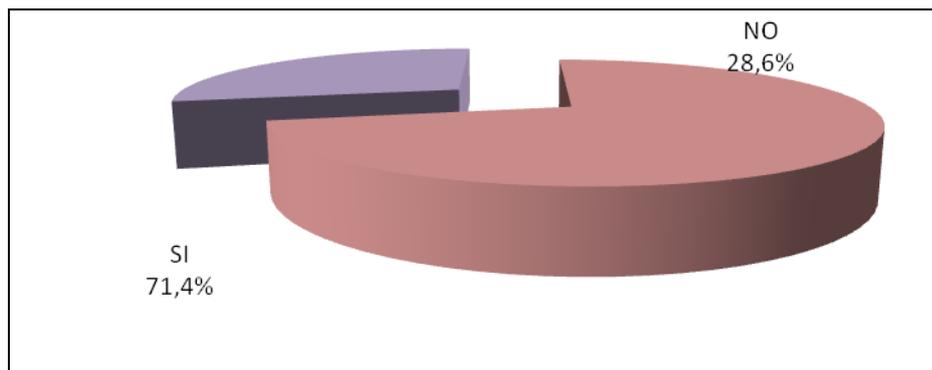


Gráfico 4.2.8

ANÁLISIS:

De las 14 encuestas realizadas en el Área de Salud Nro. 4 de Imbabura el 71.4% señalaron que si han sido evaluadas o monitorizadas con metas e indicadores el plan de implementación del MAIS-FCI, mientras que el 28.6% no han sido evaluadas. Lo que demuestra que hay un control de las actividades que debe realizar el MAIS.

**4.2.9.- DIFUSIÓN DEL MAIS EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DONDE
LABORA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE SALUD
Nro. 4, DE LA PROVINCIA DE IMBABURA. NOVIEMBRE- AGOSTO
2010**

Se ha difundido	Frec	%
SI	13	92,9%
NO	1	7,1%
Total general	14	100,0%

Tabla 4.2.9

Autoras: Betty Sánchez y Adriana Vaca

Fuente: Encuestas realizadas en el área N 4

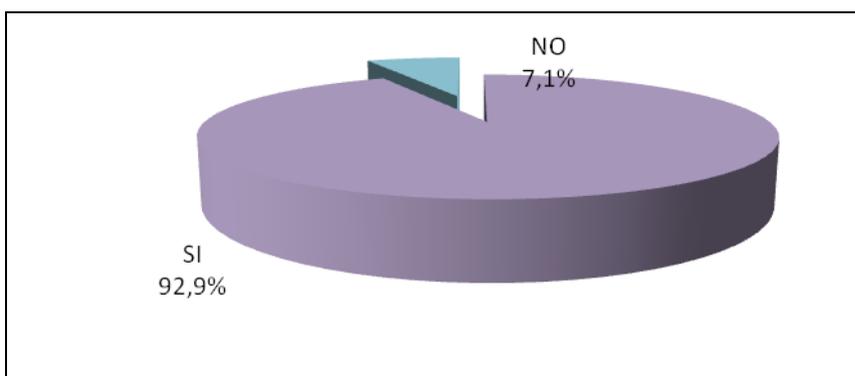


Gráfico 4.2.9

ANÁLISIS:

En Área de Salud Nro. 4 de Imbabura el 92.9% si ha difundido el MAIS – FCI dentro de su comunidad, solo el 7.1% señaló que no se ha difundido. Lo que nos dice que las comunidades del área están educadas en cuanto a las prestaciones del MAIS.

**4.2.10.- ANÁLISIS DE RIESGOS POR LOS EBAS
DEL ÁREA DE SALUD Nro. 4, DE LA PROVINCIA DE IMBABURA.
NOVIEMBRE- AGOSTO 2010**

Analiza riesgos	Frec	%
SI	14	100,0%
NO	0	0,0%
Total general	14	100,0%

Tabla 4.2.10

Autoras: Betty Sánchez y Adriana Vaca

Fuente: Encuestas realizadas en el área N 4

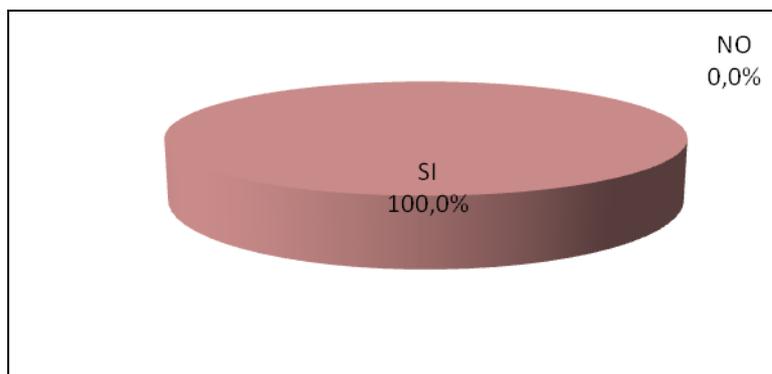


Gráfico 4.2.10

ANÁLISIS:

Todas las encuestadas señalaron que si analizan los riesgos de la producción de los EBAS y mediante esto realizan intervenciones para mejorar la situación de salud.

4.2.11.- EXISTE SALA SITUACIONAL Y MAPA PARLANTE EN LA UNIDAD OPERATIVA DONDE LABORA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE SALUD Nro. 4, DE LA PROVINCIA DE IMBABURA. NOVIEMBRE- AGOSTO 2010

Tiene sala	Frec	%
SI	13	92,9%
NO	1	7,1%
Total general	14	100,0%

Tabla 4.2.11

Autoras: Betty Sánchez y Adriana Vaca

Fuente: Encuestas realizadas en el área N 4

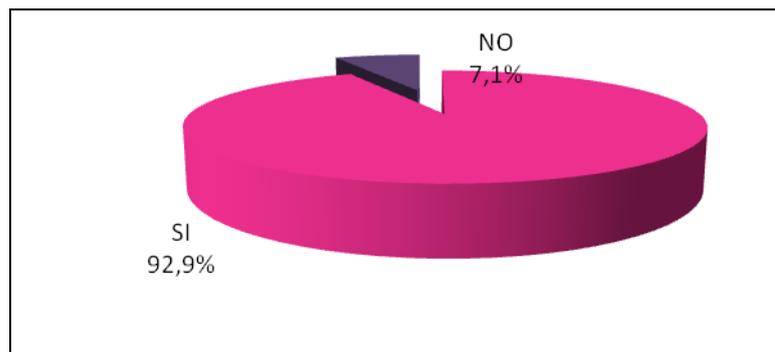


Gráfico 4.2.11

ANÁLISIS:

La gran mayoría que es el 92.9% si tienen sala situacional y mapa parlante actualizadas en los puestos de trabajo en el Área de Salud Nro. 4 de la provincia de Imbabura; solo el 7.1% no cuenta con estas ayudas,

4.2.12.- ELABORACION DE SALA SITUACIONAL Y MAPA PARLANTE POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE SALUD Nro. 4, DE LA PROVINCIA DE IMBABURA. NOVIEMBRE- AGOSTO 2010

Fue capacitado	Frec	%
SI	7	50,0%
NO	7	50,0%
Total	14	100,0%

Tabla 4.2.12

Autoras: Betty Sánchez y Adriana Vaca

Fuente: Encuestas realizadas en el área N 4

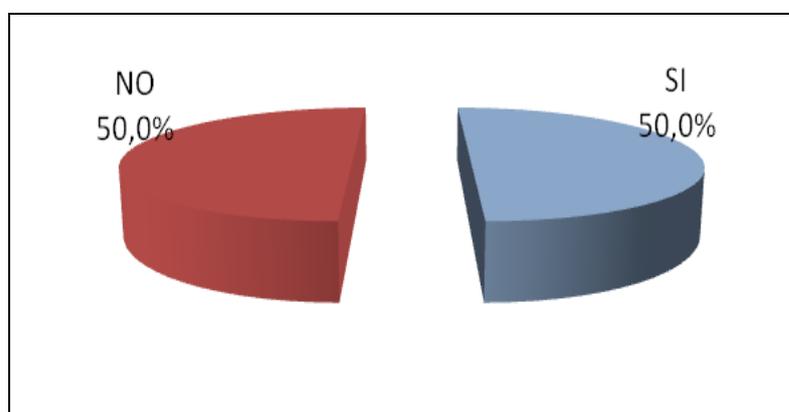


Gráfico 4.2.12

ANÁLISIS:

De las 14 encuestas realizadas en el Área de Salud Nro. 4 de Imbabura existe una división del 50% que si fueron capacitados para elaborar sala situacional y mapa parlante y el otro 50% no lo fue. Lo que demuestra que no existe una buena comunicación dentro del área.

4.2.13.- DÍAS PARA TRABAJO EXTRAMURAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE SALUD Nro. 4, DE LA PROVINCIA DE IMBABURA. NOVIEMBRE- AGOSTO 2010

Días	Frec	%
Lunes	4	28,6%
Martes	10	71,4%
Miércoles	8	57,1%
Jueves	9	64,3%
Viernes	5	35,7%

Tabla 4.2.13

Autoras: Betty Sánchez y Adriana Vaca

Fuente: Encuestas realizadas en el área N 4

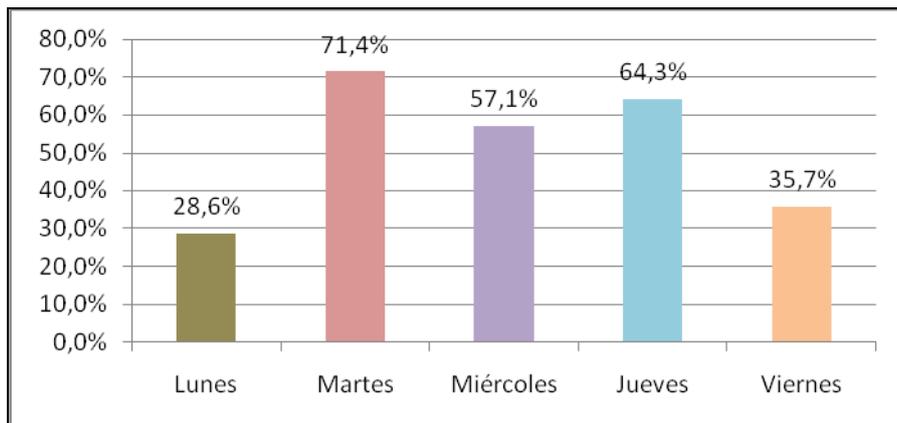


Gráfico 4.2.13

ANÁLISIS:

Los días que más se realizan el trabajo extramural los EBAS es el martes y jueves 71.4%, el 64.3% respectivamente; en cambio los días viernes y lunes solo lo hacen el 35.7% y el 28.6% respectivamente. Lo señala que todos los días las unidades operativas trabajan extramuralmente.

**4.2.14.- HORAS QUE LABORA EL PERSONAL DE
ENFERMERÍA EN LA COMUNIDAD DEL ÁREA DE SALUD Nro. 4, DE
LA PROVINCIA DE IMBABURA. NOVIEMBRE- AGOSTO 2010**

Horas trabajo	Frec	%
1 a 5	10	71,4%
6 a 10	3	21,4%
11 a más	1	7,1%
Total	14	100,0%

Tabla 4.2.14

Autoras: Betty Sánchez y Adriana Vaca

Fuente: Encuestas realizadas en el área N 4

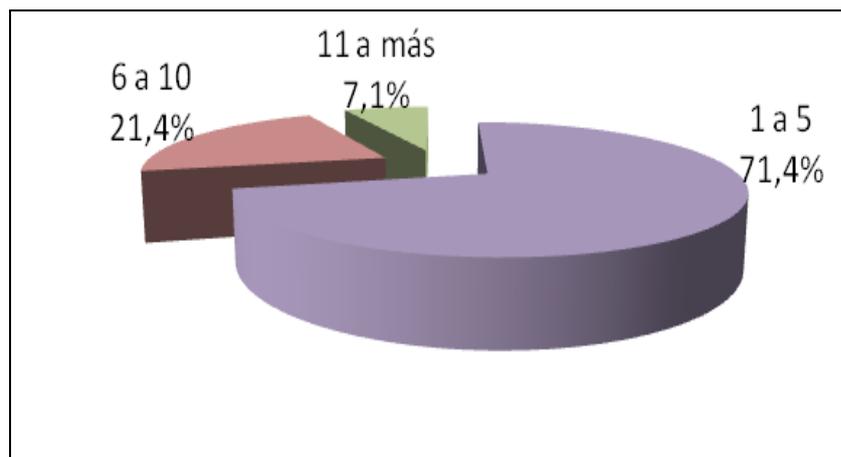


Gráfico 4.2.14

ANÁLISIS:

El 71.4% del personal laboran el EBAS en la comunidad de 1 a 5 horas a la semana; el 21.4% de 6 a 10 horas y el 7.1% más de 10 horas en la semana. Lo que demuestra que es muy corto el tiempo que se trabaja extramuralmente.

**4.2.15.- NUMERO DE FICHAS FAMILIARES QUE REALIZA EL EBAS
DEL ÁREA DE SALUD Nro. 4, DE LA PROVINCIA DE IMBABURA.
NOVIEMBRE- AGOSTO 2010**

Fichas familiares	Frec	%
5 a 10	14	100,0%
11 a 20	0	0,0%
21 y más	0	0,0%
Total	14	100,0%

Tabla 4.2.15

Autoras: Betty Sánchez y Adriana Vaca

Fuente: Encuestas realizadas en el área N 4

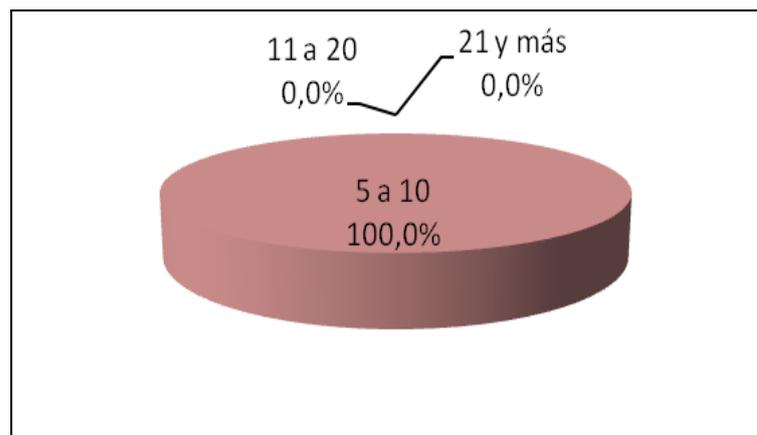


Gráfico 4.2.15

ANÁLISIS:

Todas las encuestadas señalan que alcanzan a aplicar de 5 a 10 fichas familiares en el tiempo designado para el trabajo extramural.

**4.2.16.- ACCIONES DEL EBAS EN CUANTO A PROMOCIÓN,
PREVENCIÓN Y CURACIÓN.
DEL ÁREA DE SALUD Nro. 4, DE LA PROVINCIA DE IMBABURA.
NOVIEMBRE- AGOSTO 2010**

Acciones EBAS	10-30%		31-60%		61-100%		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Curación	9	64,3%	4	28,6%	1	7,1%	14	100,0%
Prevención	1	7,1%	4	28,6%	9	64,3%	14	100,0%
Promoción	1	7,1%	1	7,1%	12	85,7%	14	100,0%

Tabla 4.2.16

Autoras: Betty Sánchez y Adriana Vaca

Fuente: Encuestas realizadas en el área N 4

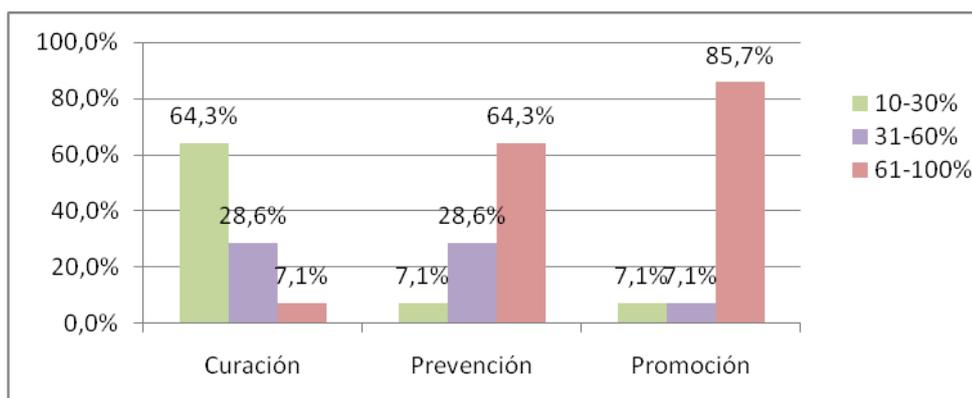


Gráfico 4.2.16

ANÁLISIS:

En las visitas domiciliarias realizadas el personal trabaja de acuerdo a las siguientes prioridades:

- En curaciones la mayoría lo hacen en una proporción solo del 10 a 30 %
- En prevención se puede ver que aplican del 61 al 100%
- En promoción se nota aún más la aplicación es del 61 al 100%

Lo que significa que en el trabajo extramural más realizan promoción y prevención.

4.2.17.- EXISTE MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DONDE LABORA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE SALUD Nro. 4, DE LA PROVINCIA DE IMBABURA. NOVIEMBRE- AGOSTO 2010

Tiene matriz	Frec	%
SI	12	85,7%
NO	2	14,3%
Total	14	100,0%

Tabla 4.2.17

Autoras: Betty Sánchez y Adriana Vaca

Fuente: Encuestas realizadas en el área N 4

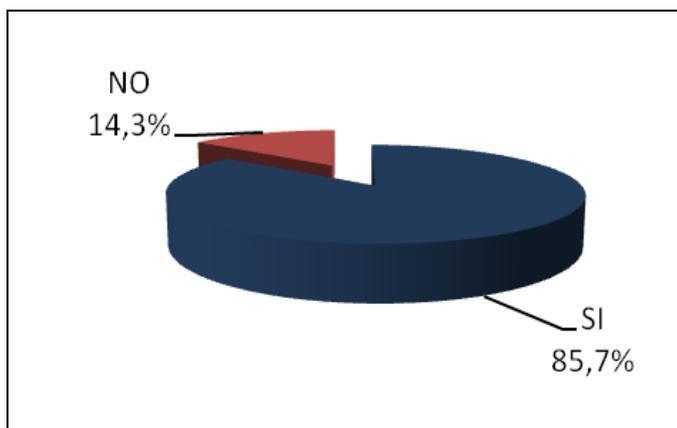


Gráfico 4.2.17

ANÁLISIS:

En la mayoría que es el 85.7% si cuentan con una matriz de programación semanal y mensual para intervenir sobre los riesgos y problemas identificados en su comunidad, solo el 14.3% no tienen la matriz. Lo que demuestra que el personal de enfermería si encuentran soluciones a los problemas y riesgos.

4.2.18.- SUPERVISIÓN LABORA DEL MAIS-FCI DEL ÁREA DE SALUD Nro. 4, DE LA PROVINCIA DE IMBABURA. NOVIEMBRE-AGOSTO 2010

Son supervisadas	Frec	%
Muy frecuente	1	7,1%
Frecuente	2	14,3%
Poco frecuente	7	50,0%
Nunca	4	28,6%
Total	14	100,0%

Tabla 4.2.18

Autoras: Betty Sánchez y Adriana Vaca

Fuente: Encuestas realizadas en el área N 4

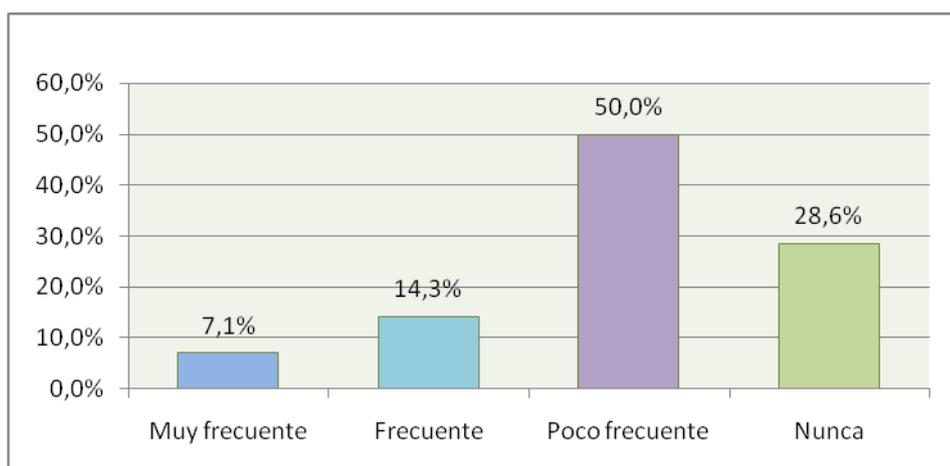


Gráfico 4.2.18

ANÁLISIS:

Las unidades operativas son supervisadas al MAIS – FCI poco frecuente señalan el 50,0%, nunca indican el 28.6%, frecuentemente comentan el 14.3% y muy frecuente respondieron el 7.1%. Lo que indica que el grupo EBAS no es supervisado las veces necesarias.

4.2.19.- EXISTENCIA DE TRANSPORTE A LAS UNIDADES OPERATIVAS DONDE LABORA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE SALUD Nro. 4, DE LA PROVINCIA DE IMBABURA. NOVIEMBRE- AGOSTO 2010

Transporte	Frec	%
Motos	0	0,0%
Cuadrones	0	0,0%
Camioneta	0	0,0%
Nada	14	100,0%
Total	14	100,0%

Tabla 4.2.19

Autoras: Betty Sánchez y Adriana Vaca

Fuente: Encuestas realizadas en el área N 4

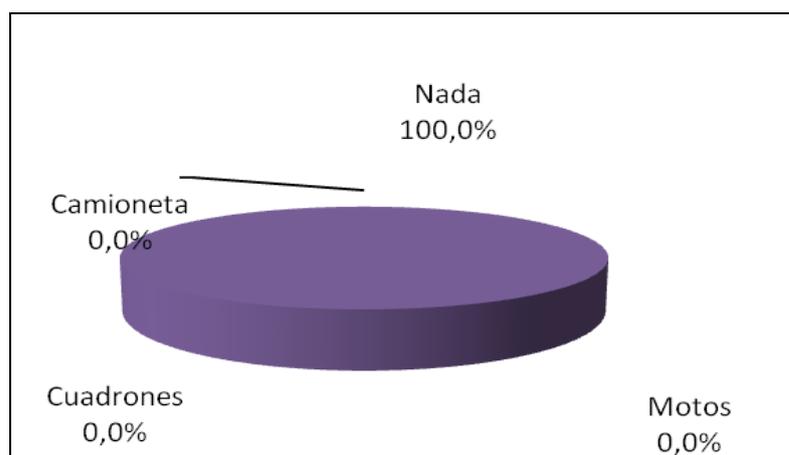


Gráfico 4.2.19

ANÁLISIS:

Los servicios de salud no cuentan con ningún medio de transporte para movilizarse y realizar el trabajo extramural. Lo que disminuye el tiempo para realizar las visitas domiciliarias y hace mas difícil el acceso de llegada a la comunidad.

4.2.20.- CONOCIMIENTOS: PARA MEJORAR COBERTURAS DE LA UNIDAD OPERATIVA DONDE LABORA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE SALUD Nro. 4, DE LA PROVINCIA DE IMBABURA. NOVIEMBRE- AGOSTO 2010

Conocimientos Mejorar coberturas	Medianamente Imp.		Importante		Muy importante		TOTAL	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Situación salud	1	7,1%	1	7,1%	12	85,7%	14	100,0%
Estrategias	2	14,3%	1	7,1%	11	78,6%	14	100,0%
Técnicas	0	0,0%	1	7,1%	13	92,9%	14	100,0%
Red funcional	1	7,1%	2	14,3%	11	78,6%	14	100,0%

Tabla 4.2.20

Autoras: Betty Sánchez y Adriana Vaca

Fuente: Encuestas realizadas en el área N 4

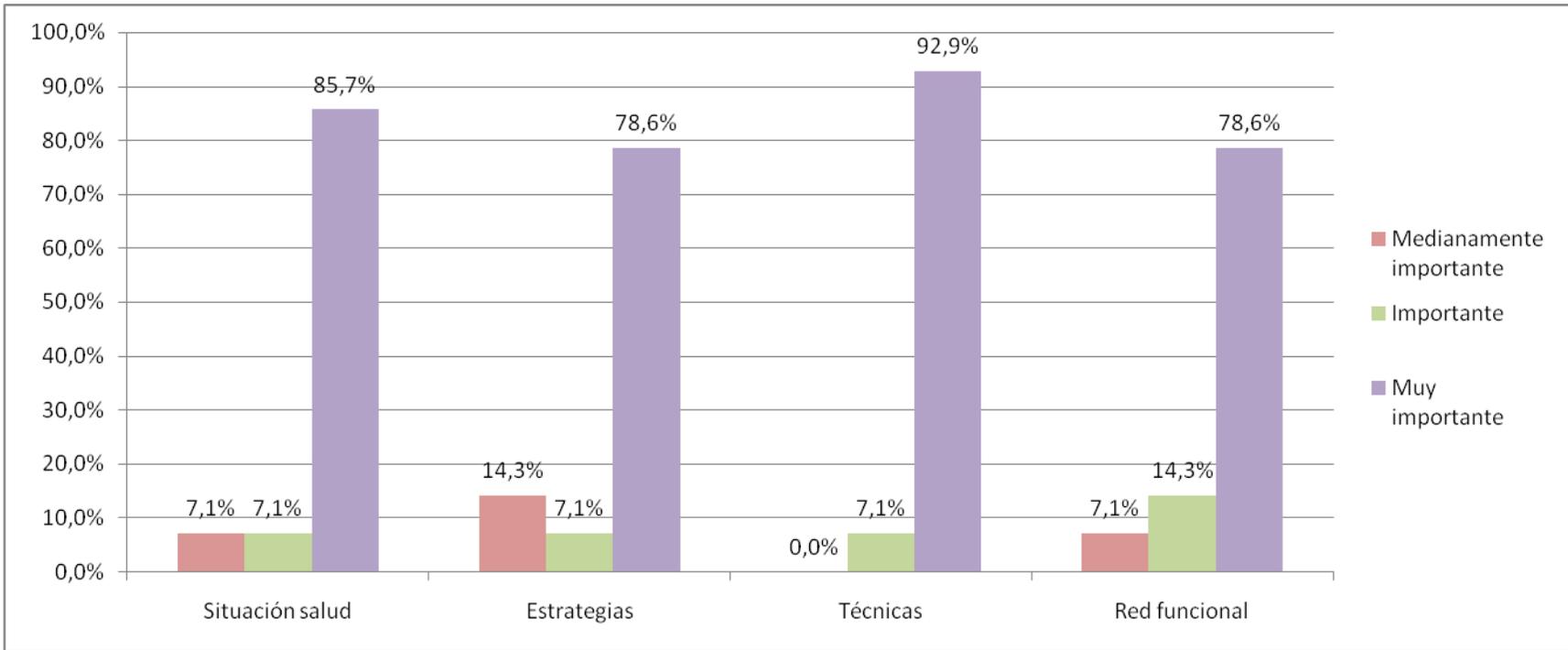


Gráfico 4.2.20

ANÁLISIS:

Para mejorar las coberturas dentro del SCS con respecto a una mejor atención integral los encuestados consideran que es necesario los siguientes conceptos:

- a) Conocer la situación de salud y los problemas prevalentes en su comunidad e Identificar las barreras geográficas, económicas, organizacionales, socioculturales, de género, étnicas, etarias, grupos sociales es “Muy Importante” el 85.7%; y muy pocos como el 7.1% que es importante y medianamente Importante.
- b) Conocer las estrategias y la accesibilidad organizacional que tiene la población en caso de presentarse una emergencia es igualmente “Muy importante” el 78.6%, medianamente importante el 14.8%; e importante el 7.1%.
- c) Conocer las técnicas y procedimientos para la atención intra y extramural en mayor cantidad del 92.9% “muy importante”, y solo el 7.1% lo considera importante.
- d) Conocer la red funcional de los servicios de salud y los mecanismos de referencia y contra referencia para todos sus niveles de atención es muy importante el 78.6%, importante el 14.3% y medianamente importante el 7.1%

**4.2.21.-HABILIDADES PARA MEJORAR COBERTURAS EN EL ÁREA DE SALUD Nro. 4, DE LA PROVINCIA DE
IMBABURA. NOVIEMBRE- AGOSTO 2010**

Habilidades Mejorar coberturas	Medianamente importante		Importante		Muy importante		TOTAL	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Aplicar estrategias	1	7,1%	2	14,3%	11	78,6%	14	100,0%
Captar necesidades	3	21,4%	1	7,1%	10	71,4%	14	100,0%
Ampliar capacidad	2	14,3%	2	14,3%	10	71,4%	14	100,0%
Promover	2	14,3%	1	7,1%	11	78,6%	14	100,0%

Tabla 4.2.21

Autoras: Betty Sánchez y Adriana Vaca

Fuente: Encuestas realizadas en el área N 4

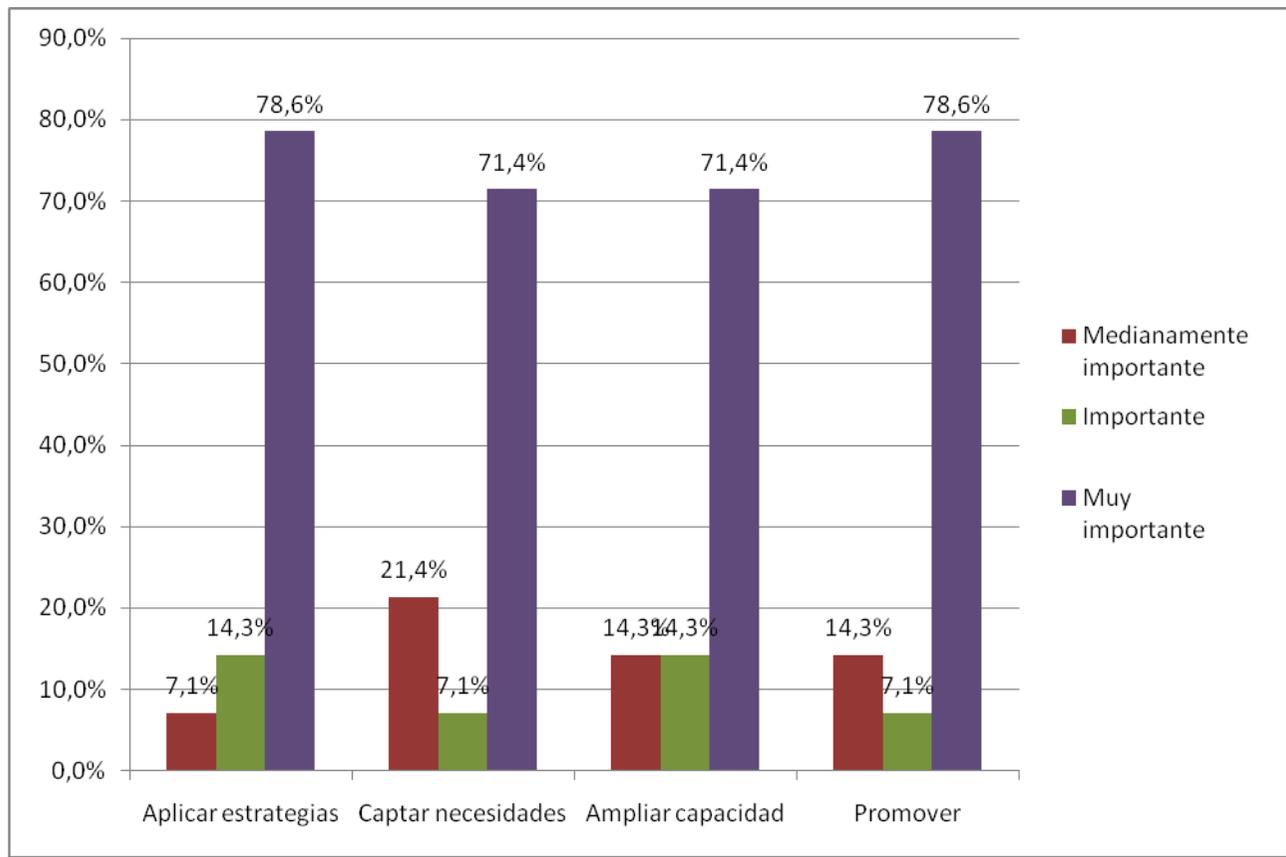


Gráfico 4.2.2

ANÁLISIS:

Para mejorar las coberturas dentro del SCS con respecto a una mejor atención integral los encuestados consideran que son necesarias las siguientes habilidades:

- a) Aplicar las estrategias para reducir las barreras de acceso y ampliar la Cobertura para lograr consensos es muy importante el 78.6%, importante el 14.3% y medianamente importante el 7.1%
- b) Captar las necesidades percibidas y no percibidas del individuo y la familia es muy importante señala el 71.4%, medianamente importante el 21.4% y el 7.1% que solo es importante.
- c) Ampliar la capacidad de resolutive en relación a los problemas de salud prevalentes de la comunidad es muy importante señala el 71.4%, medianamente importante e importante el 14.3%
- d) Promover en la comunidad el auto cuidado de la salud de acuerdo a las enfermedades prevalentes es muy importante indica el 78.6%, medianamente importante el 14.3% y el 7.1% que es importante.

4.2.22.-CONOCIMIENTOS DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DONDE LABORA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE SALUD Nro. 4, DE LA PROVINCIA DE IMBABURA. NOVIEMBRE- AGOSTO 2010

Conocimientos Prevención y Promoción	Medianamente importante		Importante		Muy importante		TOTAL	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Conocer y apl. Metodologías	2	14,3%	3	21,4%	9	64,3%	14	100,0%
Herramientas	0	0,0%	3	21,4%	11	78,6%	14	100,0%
Prácticas	2	14,3%	3	21,4%	9	64,3%	14	100,0%
Promover	1	7,1%	2	14,3%	11	78,6%	14	100,0%
Planificación	1	7,1%	0	0,0%	13	92,9%	14	100,0%

Tabla 4.2.22

Autoras: Betty Sánchez y Adriana Vaca

Fuente: Encuestas realizadas en el área N 4

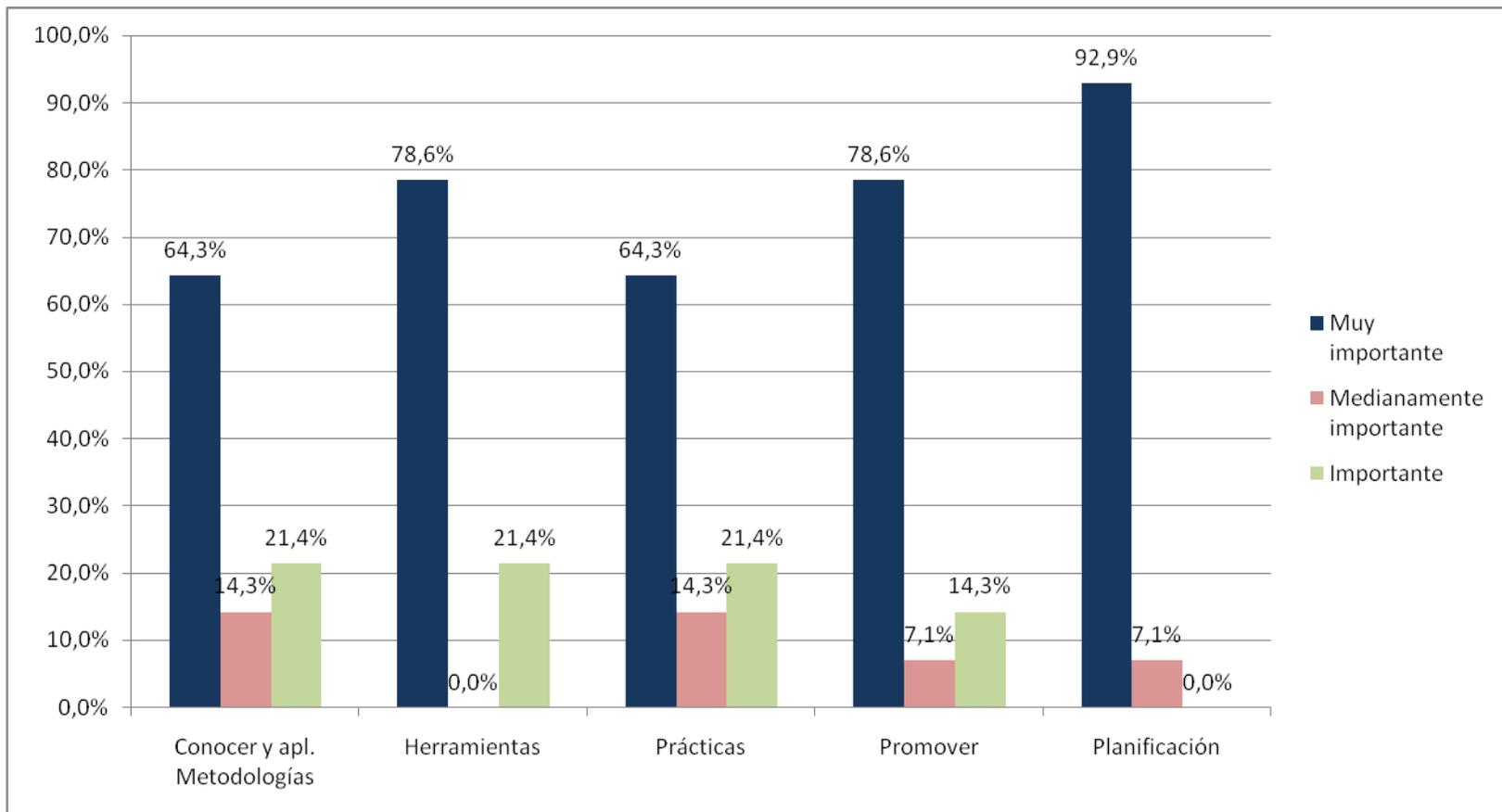


Gráfico 4.2.22

ANÁLISIS:

En cuanto a la prevención y promoción de la salud Ud. considera que es necesario los siguientes conocimientos:

- a) El conocer y aplicar metodologías y herramientas para identificar: la situación de Salud, Determinantes de Salud, Red de Servicios, Recursos financieros, Situación socioeconómica y cultural, Situación familiar es “Muy importante” indica el 64.3%, solo importante el 21.4% y medianamente importante el 14.3%.
- b) El conocer las herramientas para aplicar, monitorear y evaluar las actividades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud es “Muy importante” indica el 78.6%, importante el 21.4%.
- c) Conocer las prácticas para responder a las necesidades (físicas, sociales, mentales y de salud de las personas) y aplicar las nuevas tecnologías y métodos apropiados de acuerdo a la cultura y recursos locales es “Muy importante” indica el 64.3%, solo importante el 21.4% y medianamente importante el 14.3%.
- d) Promover en la comunidad la importancia del auto cuidado de la salud es “Muy importante” indica el 78.6%, solo importante el 14.3% y medianamente importante el 7.1%
- e) Conocer acerca de planificación y programación participativa Subcentro comunidad es “Muy importante” indica el 92.9% y medianamente importante el 7.1%

4.2.23.- HABILIDADES PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DONDE LABORA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE SALUD Nro. 4, DE LA PROVINCIA DE IMBABURA. NOVIEMBRE- AGOSTO 2010

Habilidades Prevención y Promoción	Medianamente importante		Importante		Muy importante		TOTAL	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Iniciativas	2	14,3%	2	14,3%	10	71,4%	14	100,0%
Atención	3	21,4%	3	21,4%	8	57,1%	14	100,0%
Identifica pruebas	1	7,1%	2	14,3%	11	78,6%	14	100,0%
Realiza entrevistas	2	14,3%	1	7,1%	11	78,6%	14	100,0%
Define responsabilidades	1	7,1%	0	0,0%	13	92,9%	14	100,0%

Tabla 4.2.23

Autoras: Betty Sánchez y Adriana Vaca

Fuente: Encuestas realizadas en el área N 4

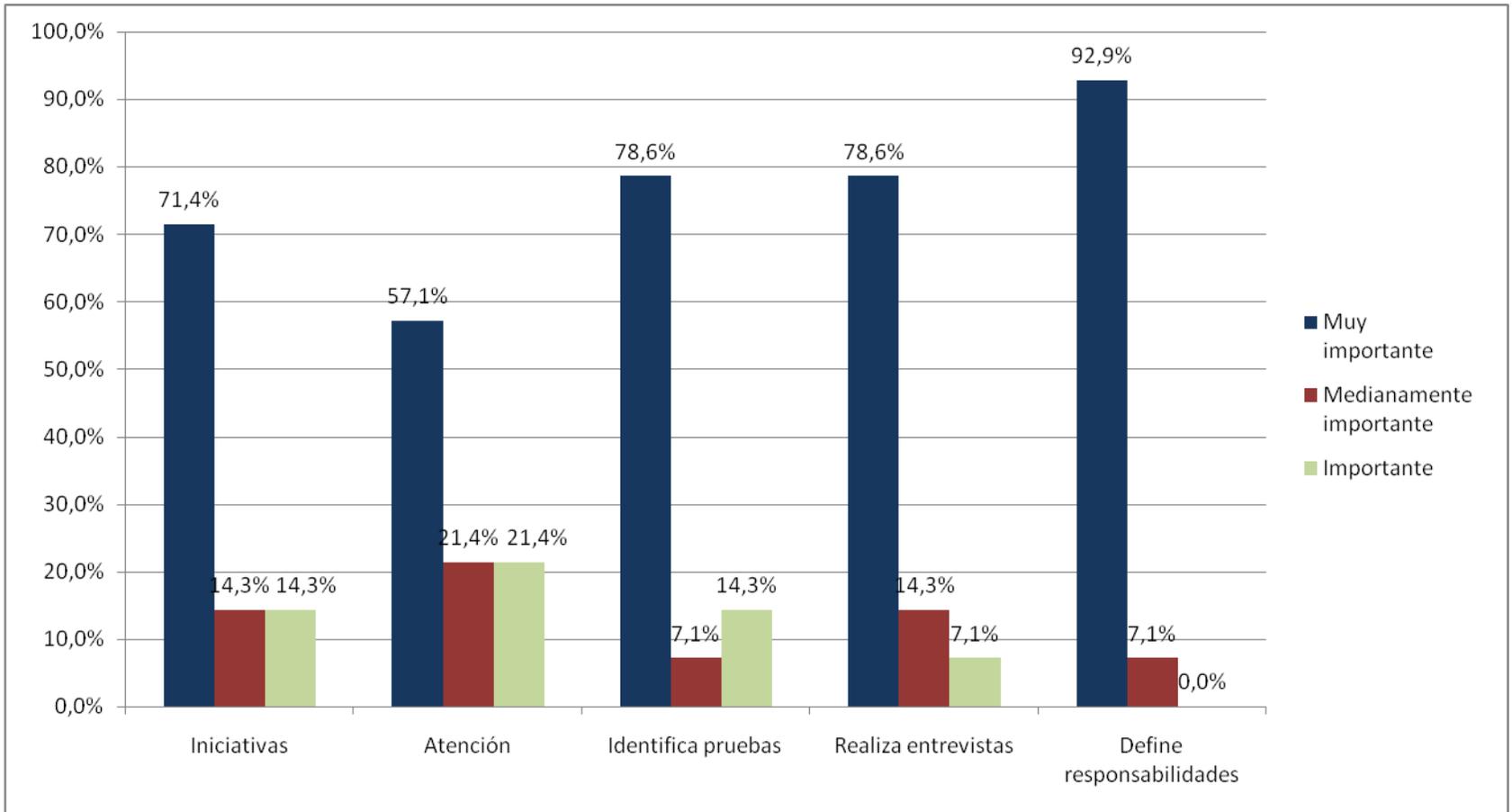


Gráfico 4.2.23

ANÁLISIS:

En cuanto a la prevención y promoción de la salud Ud. Los encuestados consideran que se debe tener las siguientes habilidades:

- a) Participar en las iniciativas de promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad diseñando programas locales basadas en las necesidades de su comunidad es “Muy importante” indica el 71.4% y medianamente importante e importante el 14.3%
- b) Dar atención apropiada basada en la evidencia en los distintos escenarios (intra y extramural). De manera oportuna y eficiente en el uso de la red de servicios de salud es “Muy importante” indica el 57.1% y medianamente importante e importante el 21.4%.
- c) Identificar las fuentes de información, actores claves en la comunidad y recolecta, analiza y utiliza la información adecuada y pertinente es “Muy importante” indica el 78.6%, importante el 14.3% y medianamente importante el 7.1%.
- d) Realizar entrevistas familiares y Hacer planificación y programación participativa es “Muy importante” indica el 78.6% y medianamente importante el 14.3% e importante el 7.1%.
- e) Definir las responsabilidades de cada uno de los miembros del equipo para garantizar una atención apropiada y realizar la coordinación de los cuidados es “Muy importante” indica el 92.9% y medianamente importante el 7.1%

4.2.24.- PROMOVER Y FORTALECER POLÍTICAS EN LAS UNIDAD OPERATIVA DONDE LABORA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE SALUD Nro. 4, DE LA PROVINCIA DE IMBABURA. NOVIEMBRE- AGOSTO 2010

Conocimientos Promover y fortalecer	Medianamente importante		Importante		Muy importante		TOTAL	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Políticas del sector público	0	0,0%	6	42,9%	8	57,1%	14	100,0%
Limitaciones existentes	1	7,1%	4	28,6%	9	64,3%	14	100,0%
Estrategias	1	7,1%	1	7,1%	12	85,7%	14	100,0%

Tabla 4.2.24

Autoras: Betty Sánchez y Adriana Vaca

Fuente: Encuestas realizadas en el área N 4

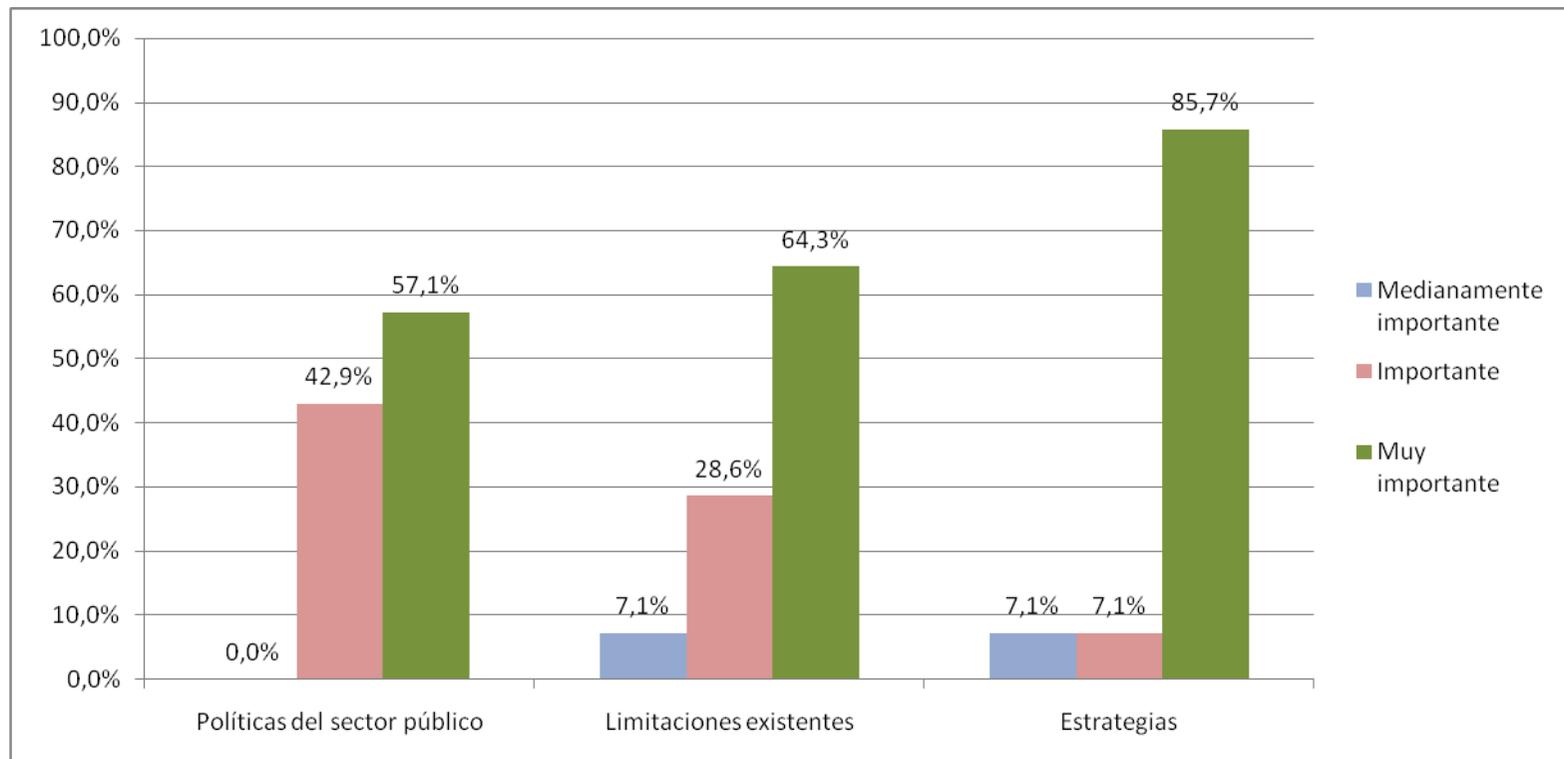


Gráfico 4.2.24

ANÁLISIS:

Para promover y fortalecer las políticas públicas y marco legal del sector Salud los encuestados indican que se debe tener en cuenta los siguientes conceptos:

- a) Saber Políticas del Sector Salud, Planes y programas del Sector Salud, Políticas Públicas locales, Marcos legales existentes vinculados con el sector de la salud, Políticas sociales señalan que es medianamente importante el 57.1% e importante el 42.9%.
- b) Conocer las limitaciones existentes en las políticas planes y programas del sector salud que limitan la equidad el 64.3% señala que es muy importante, el 28.6% que es importante y el 7.1% medianamente importante.
- c) Conocer las estrategias de abordaje para la resolución de las inequidades en salud y sus marcos políticos y legales señalan que es muy importante el 85.7% y el 7.1% que es importante y medianamente importante.

4.2.25.- PROMOVER Y FORTALECER POLÍTICAS EN LAS UNIDAD OPERATIVA DONDE LABORA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE SALUD Nro. 4, DE LA PROVINCIA DE IMBABURA. NOVIEMBRE- AGOSTO 2010

Habilidades: Promover y fortalecer	Medianamente importante		Importante		Muy importante		TOTAL	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Analiza coherencias	0	0,0%	1	7,1%	13	92,9%	14	100,0%
Adapta políticas	2	14,3%	5	35,7%	7	50,0%	14	100,0%
Evalúa políticas	2	14,3%	5	35,7%	7	50,0%	14	100,0%

Tabal 4.2.25

Autoras: Betty Sánchez y Adriana Vaca

Fuente: Encuestas realizadas en el área N 4

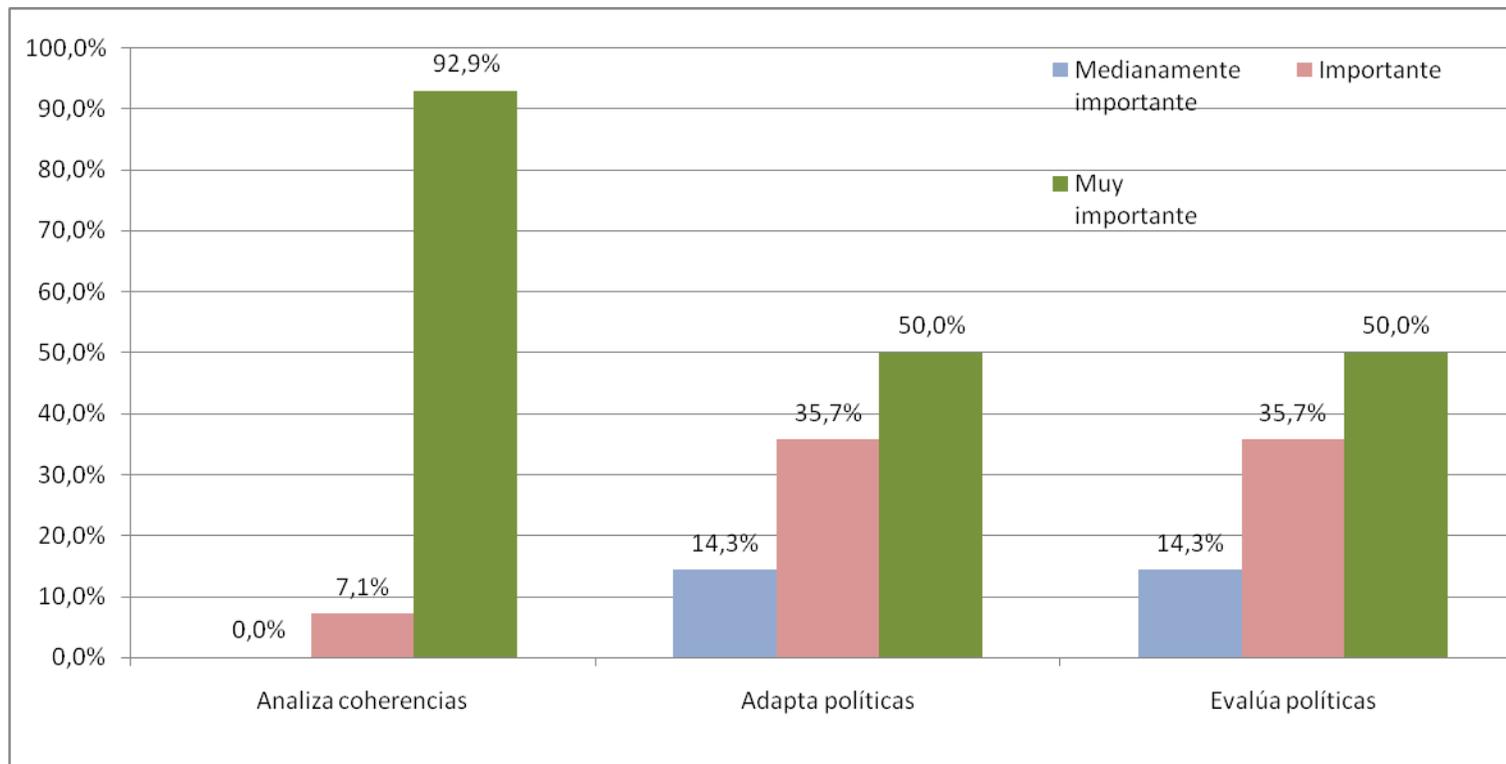


Gráfico 4.2.25

ANÁLISIS:

Para promover y fortalecer las políticas públicas y marco legal del sector Salud las encuestadas considera necesario las siguientes habilidades:

- a) Analizar la coherencia entre políticas, planes y programas y su relación con el trabajo multidisciplinar en APS consideran muy importante el 92.9%, es importante el 7.1%.
- b) Adaptar las políticas, las normas a la realidad local y realizar análisis críticos integrados sobre políticas sociales y su influencia sobre el sector salud dicen el 50% que es muy importante, el 35.7% es solo importante y el 14.3% medianamente importante.
- c) Evaluar las políticas públicas y su relación con el sector salud señalan el 50% que es muy importante, el 35.7% es solo importante y el 14.3% medianamente importante.

4.2.26.- FAVORECER LA ACCESIBILIDAD A LA UNIDAD OPERATIVA DONDE LABORA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE SALUD Nro. 4, DE LA PROVINCIA DE IMBABURA. NOVIEMBRE- AGOSTO 2010

Conocimientos Favorecer accesibilidad	Medianamente importante		Importante		Muy importante		TOTAL	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Establece puerta entrada	0	0,0%	4	28,6%	10	71,4%	14	100,0%
Conocer rol	2	14,3%	2	14,3%	10	71,4%	14	100,0%

Tabla 4.2.26

Autoras: Betty Sánchez y Adriana Vaca

Fuente: Encuestas realizadas en el área N 4

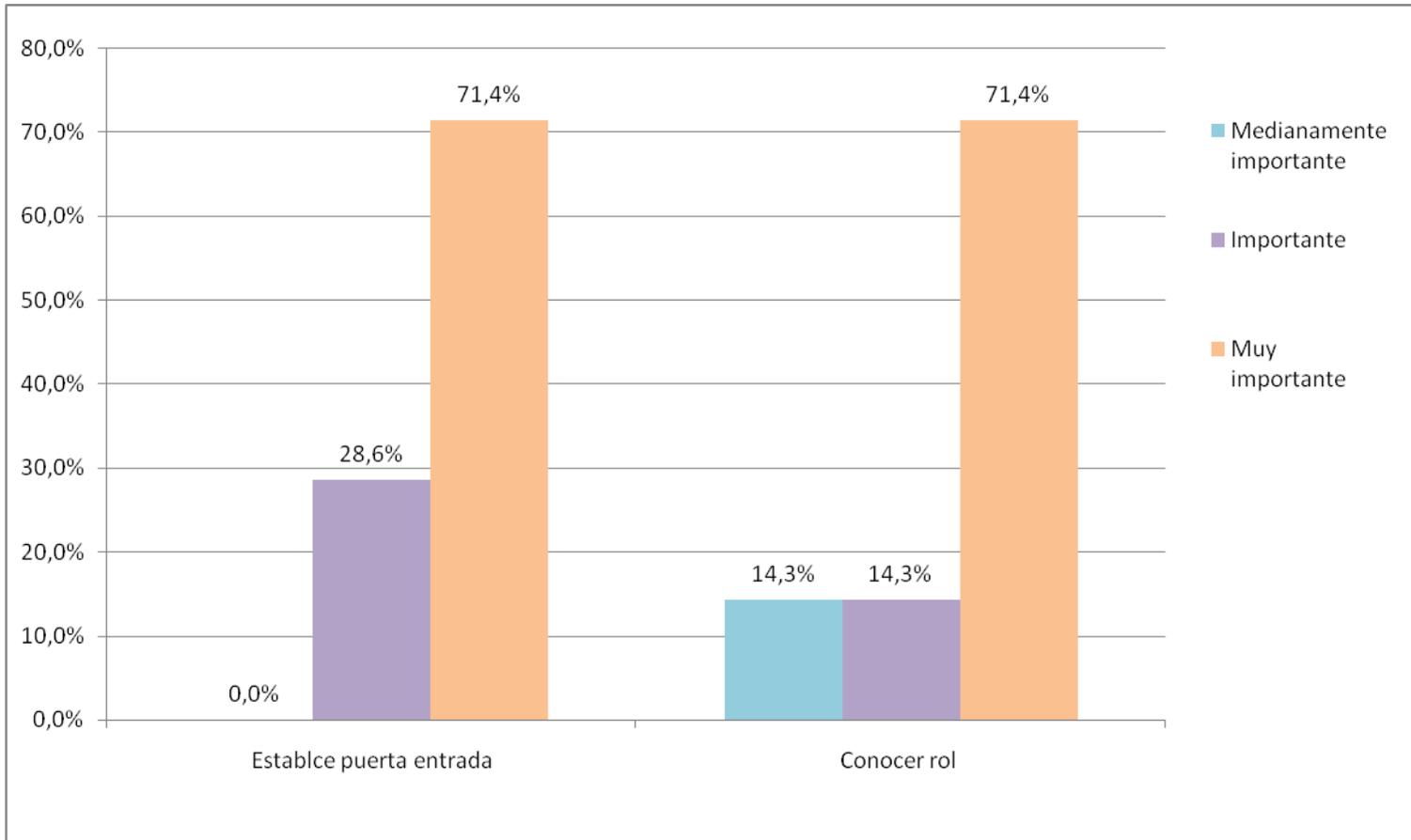


Gráfico 4.2.26

ANÁLISIS:

Para favorecer la accesibilidad a los servicios los encuestados consideran los siguientes conceptos:

- a) Establecer puerta de entrada al sistema de salud promoviendo estrategias para garantizar un buen acceso a los servicios de salud es muy importante el 71.4%, importante el 28.6%.
- b) Conocer el rol a desempeñar por el equipo en su conjunto para reconocer y valorar, a través de la entrevista, los problemas de salud o de otro tipo que repercutan en el proceso salud-enfermedad es muy importante indicaron el 71.4%, importante y medianamente importante el 14.3%.

4.2.27.-FAVORECER LA ACCESIBILIDAD A LA UNIDAD OPERATIVA DONDE LABORA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE SALUD Nro. 4, DE LA PROVINCIA DE IMBABURA. NOVIEMBRE- AGOSTO 2010

Habilidades:	Poco importante		Medianamente importante		Importante		Muy importante		TOTAL	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Dar trato digno	0	0,0%	0	0,0%	1	7,1%	13	92,9%	14	100,0%
Desarrollar comunicación	0	0,0%	1	7,1%	1	7,1%	12	85,7%	14	100,0%
Organizar servicio	1	7,1%	3	21,4%	2	14,3%	8	57,1%	13	92,9%
Promover autonomía	0	0,0%	3	21,4%	0	0,0%	11	78,6%	14	100,0%

Tabla 4.2.27

Autoras: Betty Sánchez y Adriana Vaca

Fuente: Encuestas realizadas en el área N 4

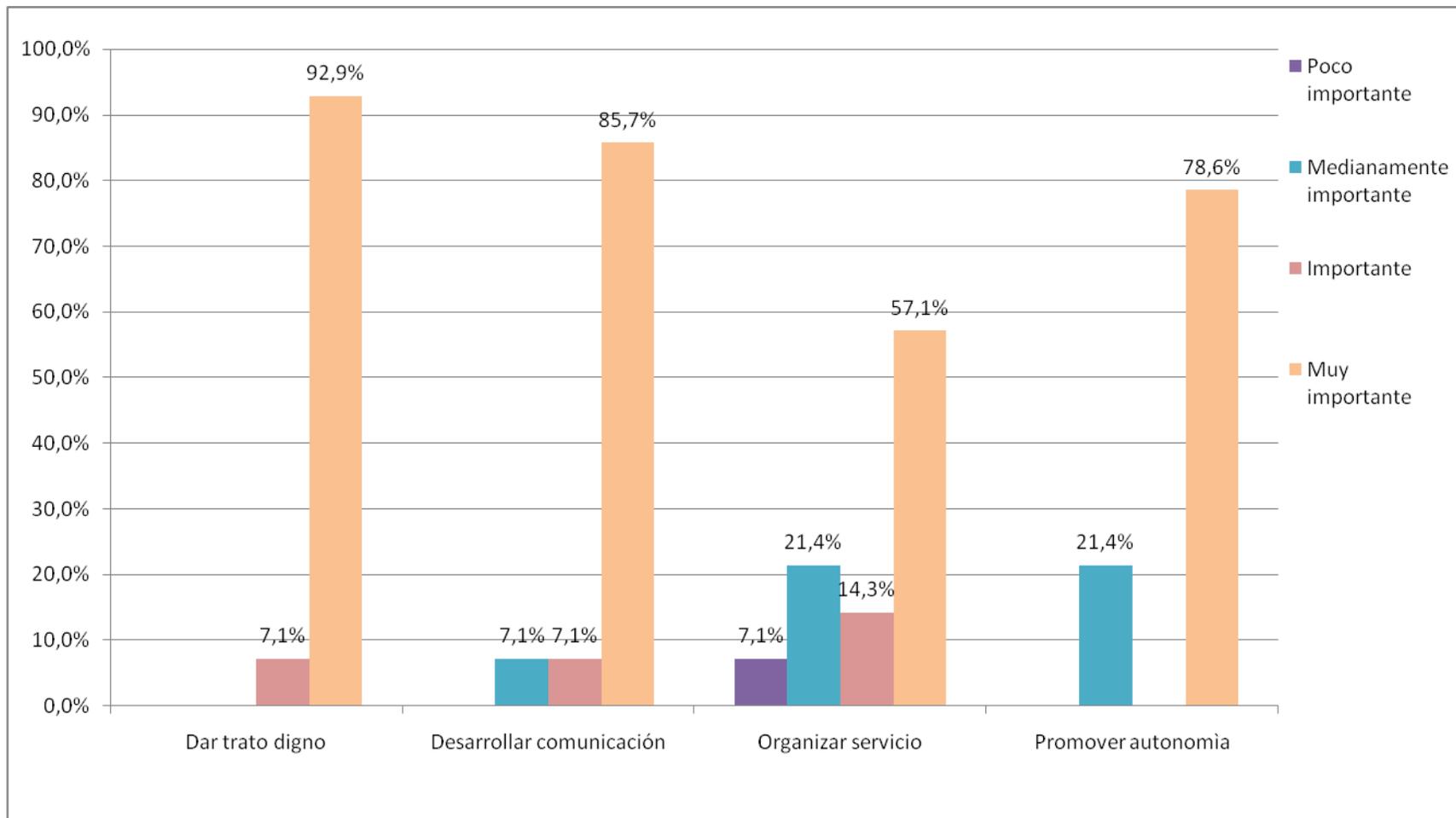


Gráfico 4.2.27

ANÁLISIS:

Para favorecer la accesibilidad a los servicios los encuestados deben considerar importantes las siguientes habilidades:

- a) Dar un trato digno y respetuoso, priorizando las necesidades y las intervenciones en salud acogiendo al individuo/familia/comunidad con respecto a los problemas que se presentan muy importante señaló el 92.9%, solo importante el 7.1%.
- b) Desarrollar una buena comunicación con el individuo/familia/comunidad que solicita atención de salud o de cualquier otra índole, respetar y promover la autonomía de los individuos, familias y comunidades consideran muy importante indica el 85.7%, y solo el 7% importante y medianamente importante.
- c) Organizar el servicio para garantizar el acceso señalan muy importante el 57.1%, medianamente importante el 21.4%, importante el 14.3% y poco importante el 7.1%.
- d) Respetar y promover la autonomía de los individuos, familias y comunidades nos mencionaron que es muy importante el 78.6% y medianamente importante el 21.4%.

**4.2.28.- PRACTICA APLICADA POR EL PERSONAL DE
ENFERMERÍA DEL ÁREA DE SALUD Nro. 4, DE LA PROVINCIA DE IMBABURA. NOVIEMBRE- AGOSTO 2010**

Conocimientos: Desempeño laboral	Poco importante		Medianamente importante		Importante		Muy importante		TOTAL	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Roles y responsabilidades	0	0,0%	3	21,4%	2	14,3%	9	64,3%	14	100,0%
Procesos capacitación	0	0,0%	1	7,1%	2	14,3%	11	78,6%	14	100,0%
Código ético	1	7,1%	2	14,3%	1	7,1%	10	71,4%	14	100,0%
Red de servicios	1	7,1%	0	0,0%	7	50,0%	6	42,9%	14	100,0%
Necesidad actualizar	0	0,0%	1	7,1%	4	28,6%	9	64,3%	14	100,0%
Metodología	1	7,1%	2	14,3%	1	7,1%	10	71,4%	14	100,0%

Tabla 4.2.28

Autoras: Betty Sánchez y Adriana Vaca

Fuente: Encuestas realizadas en el área N 4

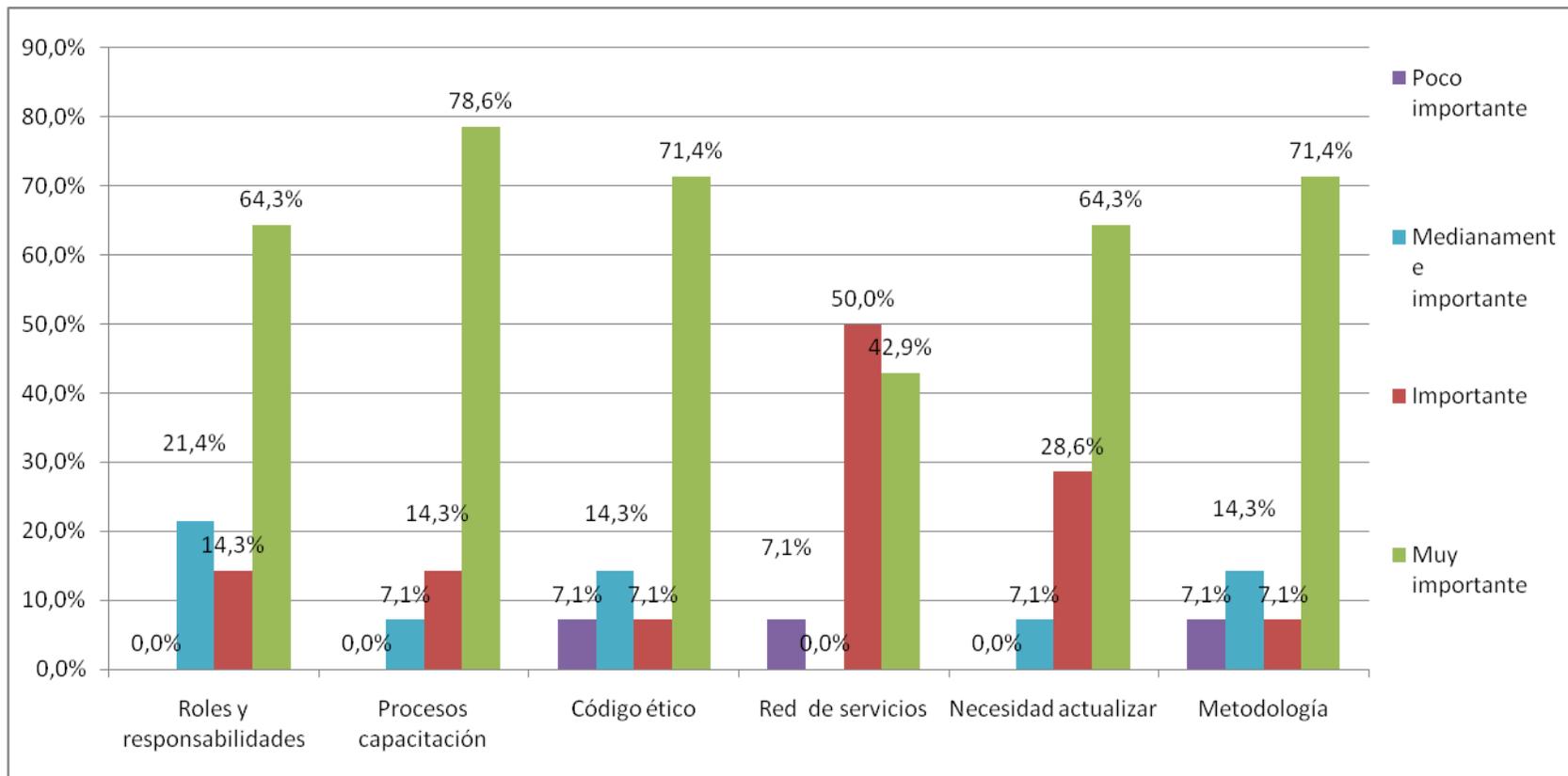


Gráfico 4.2.28

ANÁLISIS:

Los conocimientos necesarios para el desempeño laboral puesto en práctica son los siguientes:

- a) Conocer, definir roles y responsabilidades dentro del equipo consideran muy importante señalan el 64.3%; medianamente importante el 21.4% e importante indica el 14.3%
- b) Conocer acerca de los procesos de capacitación y actualización permanente que es muy importante el 78.6%, importante el 14.3% y medianamente importante el 7.1%.
- c) Conocer y aplicar el código ético entre ellos y con la comunidad señala que es muy importante el 71.4%, importante y poco importante el 7.1% y medianamente importante el 14.3%.
- d) Conocer acerca de la red de servicios de atención en el sistema de salud para movilizar recursos señalan que es importante el 50.0%, que es muy importante el 42.9% y poco importante el 7.1%.
- e) Reconocer e identificar la necesidad de mantener actualizado los conocimientos a través de la formación continua mencionan que es muy importante el 64.3%, importante el 28.6% y medianamente importante el 7.1%.
- f) Conocer las metodologías de evaluación del desempeño nos mencionaron que es muy importante el 71.4%, medianamente importante el 14.3%, poco importante el 7.1%, y en igual porcentaje señalaron que es poco importante.

**4.2.29.- PRACTICA APLICADA POR EL PERSONAL DE
ENFERMERÍA DEL ÁREA DE SALUD Nro. 4, DE LA PROVINCIA DE IMBABURA. NOVIEMBRE- AGOSTO 2010**

Habilidades: Desempeño laboral	Poco importante		Medianamente importante		Importante		Muy importante		TOTAL	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Apoya y participa	0	0,0%	1	7,1%	1	7,1%	12	85,7%	14	100,0%
Analiza perfil	0	0,0%	1	7,1%	3	21,4%	10	71,4%	14	100,0%
Negocia condiciones	2	14,3%	1	7,1%	6	42,9%	5	35,7%	14	100,0%
Elabora procesos	1	7,1%	2	14,3%	2	14,3%	9	64,3%	14	100,0%

Tabla 4.2.29

Autoras: Betty Sánchez y Adriana Vaca

Fuente: Encuestas realizadas en el área N 4

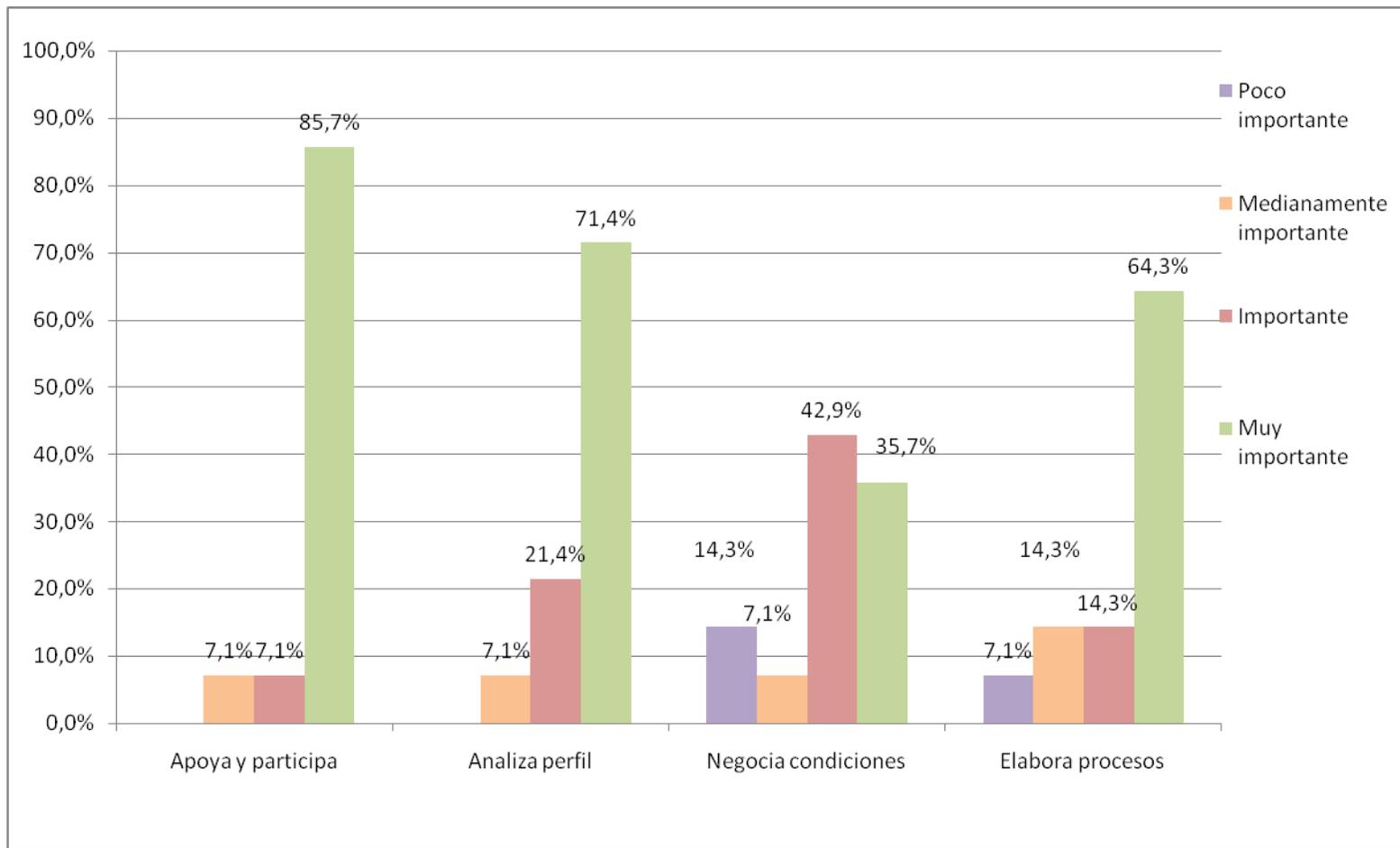


Gráfico 4.2.29

ANÁLISIS:

Las habilidades necesarias para el desempeño laboral puesto en práctica son los siguientes:

- a) Apoyar y participar en el proceso de educación permanente de los miembros del equipo indican que es muy importante el 85.7%; medianamente importante y solo importante el 7.1%
- b) Analizar el perfil del equipo y las necesidades de salud de la población, en forma participativa, del equipo y de la comunidad señalan que es muy importante señalan el 71.4%; importante el 21.4% y medianamente importante indica el 7.1%
- c) Negociar las condiciones de trabajo como requerimiento de dotación de personal para los equipos y financiamiento consideran importante el 42.9%; muy importante el 35.7%, poco importante el 14.3% y medianamente importante indica el 7.1%
- d) Elaborar, desarrollar y participar en procesos del trabajo y comunicación, colaboración, coordinación, negociación y solución de conflictos, participación, toma de decisiones, responsabilidad compartida en equipo consideran muy importante contestaron el 64.3%; medianamente importante y solo importante el 14.3% y poco importante el 7.1%

CAPACITACIÓN:

4.2.30.- RECIBIÓ CAPACITACIÓN ACERCA DEL MAIS EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE SALUD Nro. 4, DE LA PROVINCIA DE IMBABURA. NOVIEMBRE- AGOSTO 2010

Recibió capacitación	Frec	%
SI	11	78,6%
NO	3	21,4%
Total	14	100,0%

Tabla 4.2.30

Autoras: Betty Sánchez y Adriana Vaca

Fuente: Encuestas realizadas en el área N 4

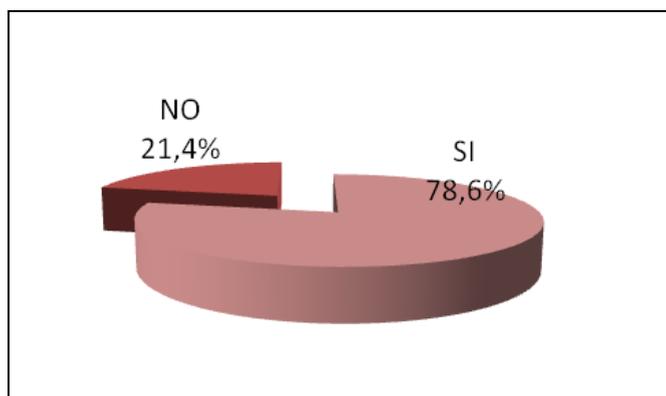


Gráfico 4.2.30

ANÁLISIS:

El 78.6% de los encuestados si recibieron capacitación acerca MAIS – FCI, solo el 21.4% no fue capacitado. Esto quiere decir que la mayoría de las unidades operativas si recibieron capacitación.

4.2.31.- FRECUENCIA DE CAPACITACIÓN ACERCA DEL MAIS-FCI EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE SALUD Nro. 4, DE LA PROVINCIA DE IMBABURA. NOVIEMBRE- AGOSTO 2010

Cuántas veces	Frec	%
1-3 veces	9	64,3%
3-5 veces	1	7,1%
5- más	1	7,1%
No recibió	3	21,4%
Total	14	100,0%

Tabla 4.2.31

Autoras: Betty Sánchez y Adriana Vaca

Fuente: Encuestas realizadas en el área N 4

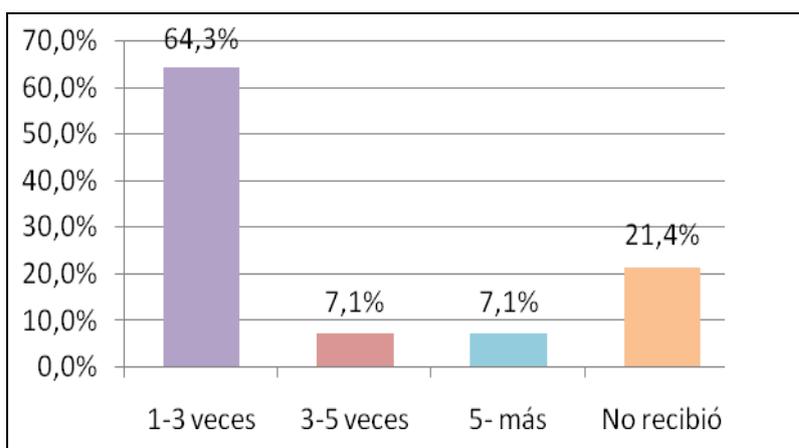


Gráfico 4.2.31

ANÁLISIS:

De las 14 encuestas realizadas en el Área de Salud Nro. 4 de Imbabura 64.3% recibió capacitación de 1 a 3 veces, el 7.1% de 3 a 5 veces y en igual porcentaje de 5 a más veces. El 21.4% no recibió capacitación. Lo que nos demuestra que no han sido capacitados las veces suficientes acerca del MAIS.

4.2.32.- METODOLOGÍA DE LA CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE SALUD Nro. 4, DE LA PROVINCIA DE IMBABURA. NOVIEMBRE- AGOSTO 2010

Metodología	Frec	%
Talleres	5	45,5%
Exposiciones	6	0,0%
Trabajos	0	0,0%
Lecturas	2	18,2%

Tabla 4.2.32

Autoras: Betty Sánchez y Adriana Vaca

Fuente: Encuestas realizadas en el área N 4

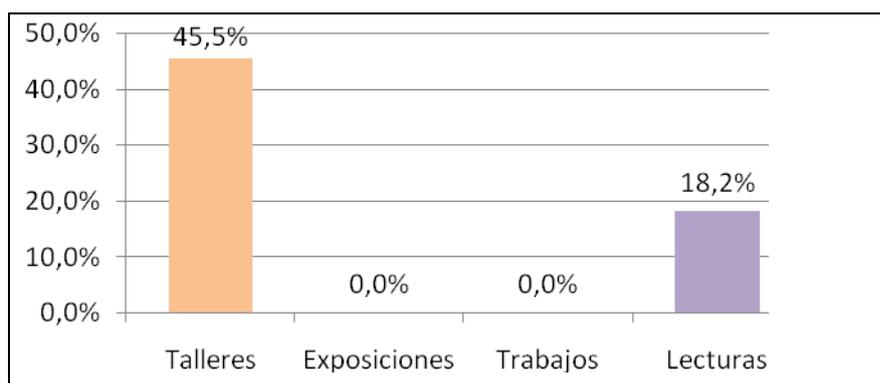


Gráfico 4.2.32

ANÁLISIS:

La metodología de capacitación brindada a las 11 personas fue realizada con talleres mencionó el 45.5%, con ayuda de lectura mencionó el 18.2%

**4.2.33.- CAPACITADOR DEL ÁREA DE SALUD Nro. 4, DE LA
PROVINCIA DE IMBABURA. NOVIEMBRE- AGOSTO 2010**

Capacitador	Frec	%
Médico	5	45,5%
Enfermeras	4	36,4%
Otros	4	36,4%

Tabla 4.2.33

Autoras: Betty Sánchez y Adriana Vaca

Fuente: Encuestas realizadas en el área N 4

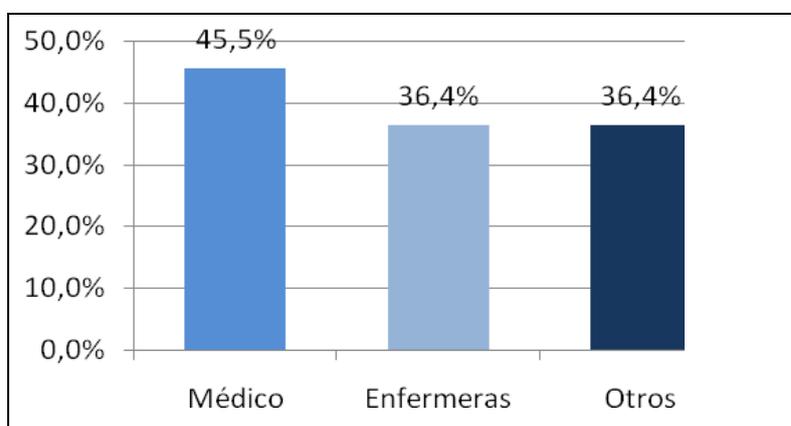


Gráfico 4.2.33

ANÁLISIS:

De las 11 que fueron capacitados, el 45.5% recibió instrucción de médicos, el 36.4% también de enfermeras y en igual porcentaje de otras personas. nos da como mayoría que la capacitación fue impartida por médicos.

**4.2.34.-CLARIDAD DEL OBJETIVO DEL MAIS-FCI QUE TIENE EL
PERSONAL DE
ENFERMERÍA DEL ÁREA DE SALUD Nro. 4, DE LA PROVINCIA DE
IMBABURA. NOVIEMBRE- AGOSTO 2010**

Claridad	Frec	%
SI	14	100,0%
NO	0	0,0%
Otros	G14	100,0%

Tabla 4.2.34

Autores: Betty Sánchez y Adriana Vaca

Fuente: Encuestas realizadas en el área N 4

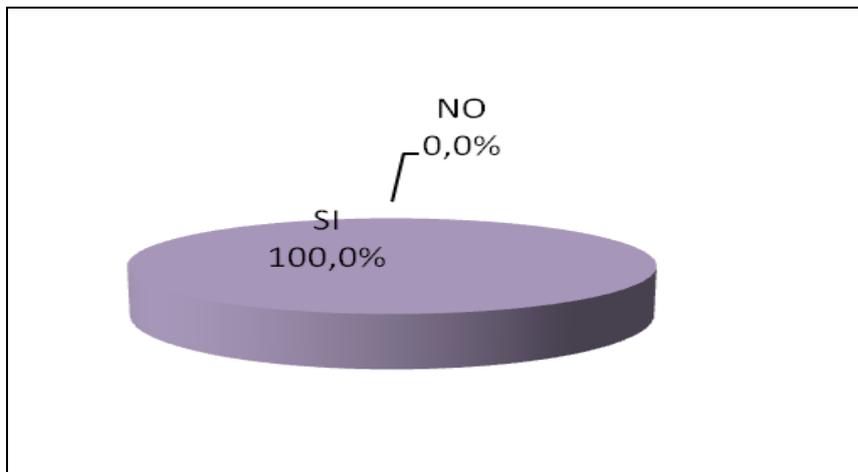


Gráfico 4.2.34

ANÁLISIS:

Todos los encuestados que laboran en el Área de Salud Nro. 4 de Imbabura al momento ya tienen claro el objetivo del MAIS – FCI

CAPITULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

El trabajo de investigación realizado por las autoras en el área N° 4 de Imbabura (Otavalo) permitió definir las competencias en atención primaria del personal de enfermería en los equipos básicos, lo que permitió establecer las siguientes conclusiones:

- La presente investigación permitió determinar las competencias que requiere el personal de enfermería dentro de los equipos básicos en atención en salud.
- Mediante la investigación pudimos estipular las principales funciones básicas que cumple el personal de Enfermería en atención primaria es la prevención, promoción y educación para la salud siendo estas las principales.
- En el trabajo realizado identificamos que el EBAS trabaja directamente con la comunidad es decir en el primer nivel de atención.
- La ejecución de la investigación nos demostró que el personal de enfermería para la mejor atención del usuario pone en práctica todo su potencial en cuanto a la aplicación de conocimientos, habilidades y actitudes.

- Los resultados de la investigación establece que el personal de enfermería de los distintos Subcentros si realizan curaciones y la vez promocionan la salud en las comunidades, lo que influye directamente con la prevención.
- Se dedujo que los profesionales de enfermería conocen como se deben desempeñar dentro del EBAS.
- El EBAS no cuentan con ningún medio de transporte para movilizarse y realizar el trabajo extramural. Lo que disminuye el tiempo para realizar las visitas domiciliarias y hace mas difícil el acceso de llegada a la comunidad.
- El trabajo realizado determina que en el área N° 4 la mayoría de Subcentros disponen de un manual de normas donde se especifica los aspectos conceptuales operativos y estratégicos para el trabajo dentro de los EBAS.

5.2 RECOMENDACIONES

El trabajo de investigación realizado en el área N° 4 de Imbabura (Otavalo) permitió definir las competencias en atención primaria del personal de enfermería en los equipos básicos, lo que permitió establecer las siguientes recomendaciones:

- El talento humano que desempeña las funciones de enfermería en el área N° 4 de Imbabura (Otavalo) debe aplicar todos los conocimientos, habilidades, actitudes, que posee para poder intervenir dentro de cada una de las comunidades.
- El personal de enfermería en el desempeño dentro del EBAS debe poner especial énfasis en cuanto a promoción, prevención y educación.
- Los directivos del hospital San Luis De Otavalo acogiéndose a las políticas de la institución deben mantener un programa de capacitación y educación continua acerca del EBAS.
- Se deberá mantener un manual de normas actualizado que permita mejorar la atención del individuo, familia y comunidad.
- La coordinación del Hospital San Luis de Otavalo en su gestión deberá poner en ejecución un plan de intervención encaminados a dar seguimiento y evaluación a los procesos de atención que cumple el personal de enfermería.
- Se debería realizar gestión que se necesite para poder dotar un medio de transporte a cada uno de los EBAS con ello se aumentaría la producción.
- Los directivos del área N° 4 tienen como responsabilidad cumplir con socialización y difusión, dando como relevancia la importancia de la aplicación del EBAS beneficiando de esta manera en todo el proceso de atención al usuario.
- El personal de enfermería debe mantenerse capacitado en el idioma quichua para que esto no sea una barrera de acceso a las comunidades del área ya que en su mayoría hablan solo este idioma.

5.3. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Accesibilidad

Medida de la facilidad con la que un grupo específico de población puede obtener los servicios sanitarios apropiados y utilizar los recursos del sistema de salud. Este concepto se utiliza para detectar la falta de igualdad en la disponibilidad de los servicios sanitarios por parte de los diferentes grupos de población definidos en términos geográficos, sociales, raciales, de género o clínicos.

Acceso equitativo

Es la capacidad de acceder a los servicios independientemente de sus ingresos económicos o problemas de salud.

Agente comunitario de salud

Persona que demuestra interés en el trabajo comunitario y una marcada predisposición para construir una vinculación solidaria con las familias o personas.

Acción comunitaria para la salud

La acción comunitaria para la salud se refiere a los esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia para mejorar la salud.

Agua entubada

Es el agua conducida a través de una red de tubería intra o extra domiciliaria y que no necesariamente tiene el proceso de potabilización.

Agua insegura

Agua que no ha atravesado procesos de potabilización o no ha sido tratada previo uso.

Aguas negras

Son aguas con un alto contenido orgánico y contaminante.

Alcantarillado

Se denomina alcantarillado al sistema de estructura tuberías usados para el transporte de aguas residuales o servidas desde el lugar que se generan hasta el sitio en que se vierten en un cause o se tratan.

Ambiente

Es un complejo de factores externos que actúan sobre un sistema y determinan su curso y su forma de existencia.

Área de cobertura de los EBAS

Incluye la población asignada en un espacio geo-poblacional determinado para cumplir las acciones de los Equipos Básicos de Salud.

Atención Primaria de Salud

La Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables.

Autoayuda

En el contexto de la promoción de la salud, todas aquellas medidas llevadas a cabo por profanos (es decir, no profesionales sanitarios), con el fin de movilizar los recursos necesarios para promover, mantener o restaurar la salud de los individuos y de las comunidades.

Barrera de acceso

Obstáculos sociales, culturales, económicos, geográficos y administrativos que dificultan a las personas y familias disponer de servicios de atención integral de la salud.

Beneficiario

Cliente (también suscriptor, persona inscrita o cliente) Un persona que se inscribe en un plan de atención médica administrada, como Alliance, para recibir su atención médica.

Calidad

Es la capacidad del sistema de salud para ofrecer atención integral que solucione satisfactoriamente las necesidades de las personas y grupos sociales, ofreciéndoles los mayores beneficios y evitando riesgos.

Calidez

Es el derecho del usuario a la calidad humana en el uso de un servicio en condiciones que muestren respeto y consideración para el mismo durante la prestación de los servicios.

Condiciones de salud

O determinantes de salud: alimentación, actividad física, estilo de vida, etc.

Condiciones de vida

Las condiciones de vida son el entorno cotidiano de las personas, dónde éstas viven, actúan y trabajan. Estas condiciones de vida son producto de las circunstancias sociales y económicas, y del entorno físico, todo lo cual puede ejercer impacto en la salud, estando en gran medida fuera del control inmediato del individuo.

Desarrollo de la salud

El desarrollo de la salud es el proceso de mejora continua y progresiva del estado de salud de los individuos y grupos de una población.

Educación para la salud

La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.

Enfermedad de impacto

Alteración del estado de salud que produce una reacción desconcertante en el seno familiar con efectos devastadores como las enfermedades transmisibles, las enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles y las enfermedades de notificación inmediata y obligatoria. El impacto es diferente en cada seno familiar depende del estado socioeconómico, cultural, religioso, etc.

Estilo de vida

El estilo de vida es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.

Escuelas promotoras de salud

Una escuela promotora de salud se define como una escuela que refuerza constantemente su capacidad como un lugar saludable para vivir, aprender y trabajar.

Evaluación de la promoción de la salud

La evaluación de la promoción de la salud es una valoración del grado en que las acciones de promoción de la salud alcanzan un resultado "estimado".

Epidemiología

La epidemiología es el estudio de la distribución y de los determinantes de los estados o acontecimientos relacionados con la salud de determinadas poblaciones y la aplicación de este estudio al control de los problemas de salud.

Equidad en salud

Equidad significa imparcialidad. La equidad en salud significa que las necesidades de las personas guían la distribución de las oportunidades para el bienestar.

Expectativa de salud

La expectativa de salud es una medida basada en la población que guarda relación con la proporción de esperanza de vida estimada como saludable y satisfactoria, o exenta de dolencia, enfermedad y discapacidad, conforme a unas normas y percepciones sociales y a criterios profesionales.

Factibilidad

Capacidad que se tiene para resolver un problema. Puede ser técnica, económica o legal.

Factores de riesgo

Características o condiciones biológicas, psicológicas, conductuales o sociales cuya existencia en los individuos o familias incrementa la probabilidad de presentar algún daño en salud.

Facilitación

En promoción de la salud, la facilitación significa actuar en colaboración con individuos o grupos para conseguir su empoderamiento para la salud mediante la movilización de recursos humanos y materiales, con el fin de promover y proteger su salud.

Gestión de salud

Es el conjunto de procesos relacionados con la planificación, ejecución seguimiento y evaluación de las acciones en salud pública así como la movilización de actores y recursos para el logro de las metas propuestas.

Ganancia de salud

La ganancia de salud es una forma de expresar las mejoras en los resultados de salud. Se puede utilizar para reflejar las ventajas de una forma de intervención sanitaria frente a otra para conseguir la máxima ganancia de salud.

Hábitat de familiar saludable

Es el entorno en el cual vive una familia en condiciones que garanticen una óptima salud y calidad de vida.

Habilidades para la vida

Las habilidades para la vida son capacidades para adoptar un comportamiento adaptativo y positivo que permita a los individuos abordar con eficacia las exigencias y desafíos de la vida cotidiana

Hacinamiento

Aquello con más de tres personas en promedio por cuarto que son utilizados para dormir no se incluye otros espacios disponibles para habitar que pueden dedicarse ocasionalmente o parcialmente a dormir así como las cocinas, baños, pasillos, garajes y espacios designados a fines profesionales o negocios.

Indicador de salud

Un indicador de salud es una característica de un individuo, población o entorno susceptible de medición (directa o indirectamente) y que puede utilizarse para describir uno o más aspectos de la salud de un individuo o población (calidad, cantidad y tiempo).

Infraestructura para la promoción de la salud

Son aquellos recursos humanos y materiales, estructuras organizativas y administrativas, políticas, reglamentaciones e incentivos, que facilitan una respuesta organizada, de la promoción de la salud, a los temas y desafíos de la salud pública.

Mala eliminación de basura y excretas

No cuenta con recolección pública de basura, elimina basura de excretas a quebradas, zanjas, etc.

Metas de salud

Las metas de salud resumen los resultados de salud que, a la luz de los conocimientos y los recursos existentes, un país o comunidad puede esperar alcanzar en un período de tiempo definido.

Objetivos de salud

Los objetivos de salud indican, en relación con una población determinada, la cantidad de cambios (usando un indicador de salud) que razonablemente cabe esperar dentro de un período de tiempo definido. Los objetivos se basan por lo general en cambios específicos y mensurables de los resultados de salud o de los resultados de salud intermedios.

Promoción de la salud

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.

Prevención de la enfermedad

La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Política sanitaria

Declaración o directriz oficial dentro de las instituciones (especialmente del Gobierno) que define las prioridades y los parámetros de actuación como respuesta a las necesidades de salud, a los recursos disponibles y a otras presiones políticas.

Resultados de la promoción de la salud

Los resultados de la promoción de la salud son cambios producidos en las características y habilidades personales, o en las normas y acciones sociales, en las prácticas organizativas y en las políticas públicas, atribuibles a las actividades de promoción de la salud.

Salud pública

La ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad.

Sector sanitario

El sector sanitario está compuesto por servicios sanitarios públicos y privados (incluidos los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y asistencia), las políticas y actividades de los departamentos y ministerios de salud, las organizaciones no gubernamentales y los grupos de la comunidad que prestan servicios de salud y las asociaciones profesionales.

Vacunación incompleta

Miembros de una familia que no han completado el esquema de vacunación indicado por el MSP para su edad.

Visita domiciliaria

Es el encuentro o acercamiento del Equipo de Salud al domicilio del usuario, familia y/o comunidad; suele responder a una necesidad identificada por un miembro del Equipo de Salud que tras la valoración del

usuario, decide un plan de intervención a seguir en el domicilio y la periodicidad de los mismos, sobre aspectos de salud y detección de problemas que rodean a la familia, dando opciones al descubrimiento de factores de riesgo y a la corrección de los mismos.

CAPITULO VI

5. MARCO ADMINISTRATIVO

6.1 Recursos

6.1.1 Talento Humano

- Equipo básico de atención en salud
- Expertos en el tema
- Director de tesis
- Investigadoras

6.1.2 Recursos Materiales y Económicos

Materiales	Costo unitario	Costo total
10 resmas de papel bond	4.00	40.00
2 cartuchos de impresora a color	36.00	72.00
3 cartuchos de impresora negro	32.00	96.00
Cd's	0.40	12.00
Material bibliográfico		100.00
Copias	0.03	175.00
internet	0.80	100.00
libros		300.00
20 perfiles	0.50	10.00
Movilizaciones		250.00
Costos personales		200.00
VARIOS		300.00
Total		1355.00\$

Tabla 6.1.2 Recursos Materiales y Económicos

6.2 Cronograma de actividades para la realización del proyecto de tesis durante el periodo de noviembre 2009 a agosto del 2010

Actividades tiempo	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
Taller para elaborar el anteproyecto.	X									
Revisión del anteproyecto.		X								
Presentación del anteproyecto.				X	X	X				
Designación del director							X			
Revisión del capítulo I						X	X			
Revisión del capítulo II							X			
Revisión del capítulo III								X		
Construcción de instrumentos.									X	X
Validación										X
Aplicación del proyecto.										X
Presentación del informe final										X

Tabla 6.2 Cronograma de actividades

BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud Pública, Subsecretaria de Extensión de la Protección Social en Salud, Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural."GUIA DE OPERACIONALIZACION" ABRIL 2008.
2. Ministerio de Salud Pública Subsecretaria de Extensión de la Protección Social en Salud Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural "FICHA FAMILIAR" ABRIL 2008.
3. Ministerio de Salud Pública, Subsecretaria de Extensión de la Protección Social en Salud, Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural "PROGRAMACIÓN LOCAL EN EL NIVEL DE ATENCIÓN BÁSICA" ABRIL 2008.
4. Ministerio de Salud Pública, Subsecretaria de Extensión de la Protección Social en Salud, Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural "VISITA DOMICILIARIA". ABRIL 2008.
5. Organización Panamericana de la Salud "Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS" Washington, D.C.: OPS, © 2008
6. OPS/OMS: "La Renovación de la APS en las Américas", 2007
7. MSP, "Manual del Modelo del MAIS-FCI", 2009
8. OPS/OMS: "La Renovación de la APS en las Américas", 2007
9. MSP, "Manual del Modelo del MAIS-FCI", 2009.

LINCOGRAFIA

1. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-363408&lng=en&nrm=iso
2. <http://Equiposalud.blogspot.com/>
3. <http://alamedaalliance.org/span/glossary.html>
4. <http://guajiros.udea.edu.co/Eva/Cursos/Salud%20Publica/GLOSARIO%20ODE%20SALUD%20PUBLICA%20Y%20EPIDEMIOLOGIA.pdf>
5. http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/libros/medicina/salud_comun/sacomu.pdf
6. http://espanol.pandemicflu.gov/pandemicflu/enes/24/_www_flu_gov/glossary/index.html
7. <http://www.mi-carrera.com/Enfermeria.pdf>
8. http://www.atsdr.cdc.gov/es/es_glossary.html
9. educacionmedica@ub.edu
10. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132003000400004
11. <http://www.sedem.org/glossary.pdf>
12. http://www.sinim.gov.cl/archivos/centro_descargas/Glosario%20Terminos%20Salud%20Municipal.pdf
13. <http://www.radioecca.net/cursos/consejosdesalud/esquemas/glosario.pdf>
14. <http://www.binasss.sa.cr/libros/atencionprimaria.pdf>

ANEXOS

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

La presente encuesta tiene como objeto, obtener información para el desarrollo del trabajo de investigación de grado del tema “Competencias en atención primaria en salud del personal de enfermería en los Equipos Básicos de Salud del área N° 4 de la Provincia de Imbabura” la información es confidencial le agradecemos por su colaboración.

Sírvase contestar marcando con una X la respuesta que corresponda.

1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1.1.- Unidad Operativa

SCS.....

PS.....

CS.....

1.2.- Relación laboral

Enfermera planta

Enfermera contrato

1.3.- Tiempo de trabajo.....

2.- COMPETENCIAS DE ENFERMERÍA EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

2.1 Fecha de inicio de la implementación del MAIS – FCI

Día _____ Mes _____ Año _____

2.2 ¿El Objetivo del MAIS – FCI es garantizar a la población el acceso a la salud integral mediante una programación con enfoque (epidemiológico, de género, generacional, intercultural y de promoción de la salud familiar)?

Si

NO

2.3 ¿Dispone de un manual de normas donde se especifique los aspectos conceptuales operativos y estratégicos para el trabajo dentro de los EBAS?

Si NO

2.4 ¿Conoce usted las prestaciones que deben brindar (por niveles) y el tipo de usuarios que les corresponde atender?

Si NO

2.5 ¿Ha sido evaluado o monitorizado con metas e indicadores el plan de implementación del MAIS-FCI?

Si NO

2.6 ¿Se ha difundido el MAIS – FCI dentro de su comunidad?

Si NO

2.7 ¿Analiza los riesgos de la producción de los EBAS y mediante esto realizan intervenciones?

Si NO

2.8 ¿Tiene sala situacional y mapa parlante actualizadas?

Si NO

2.9 ¿Fue capacitado para elaborar sala situacional y mapa parlante?

Si NO

2.10 ¿Qué días realizan el trabajo extramural los EBAS?

Lunes	<input type="checkbox"/>
Martes	<input type="checkbox"/>
Miércoles	<input type="checkbox"/>
Jueves	<input type="checkbox"/>
Viernes	<input type="checkbox"/>

2.11 ¿Cuántas horas trabaja el EBAS en la comunidad a la semana?

1-5	
6-10	
11-mas	

2.12 ¿Cuántas fichas familiares alcanza a aplicar en el tiempo designado para el trabajo extramural?

5-10	
11-20	
21- mas	

2.13 ¿En la visita domiciliaria, qué porcentaje le darían a las acciones de los EBAS en cuanto a curación, prevención, promoción?

	10-30%	31-60%	61-100%
Curación			
Prevención			
Promoción			

2.14 ¿Tienen una matriz de programación semanal y mensual para intervenir sobre los riesgos y problemas identificados en su comunidad?

Si

NO

2.15 ¿Las unidades operativas son supervisadas al MAIS – FCI?

Muy frecuente	
Frecuente	
Poco frecuente	
Nunca	

2.16 ¿Su SCS cuenta con un medio de transporte para movilizarse para realizar el trabajo extramural? ¿Cuál?

Motos	
Cuadrones	
Camioneta	
Nada	

3.- COMPETENCIAS DE ENFERMERÍA EN EL MAIS – FCI

Mediante la siguiente escala ponga la importancia que Ud. como enfermera debe tener en cuanto a conocimientos y habilidades.

Muy importante	5
Importante	4
Medianamente importante	3
Poco importante	2
Nada Importante	1

3.1 Para mejorar las coberturas dentro del SCS con respecto a la atención integral e integrada Ud. considera que debe:

Conocimientos		Habilidades	
Conocer la situación de salud y los problemas prevalentes en su comunidad e Identificar las barreras geográficas, económicas, organizacionales, socioculturales, de género, étnicas, etarias, grupos sociales.		Aplicar estrategias para reducir las barreras de acceso y ampliar la Cobertura para lograr consensos.	
Conocer las estrategias y la accesibilidad organizacional que tiene la población en caso de presentarse una emergencia.		Captar necesidades percibidas y no percibidas del individuo y la familia.	
Conocer las técnicas y procedimientos para la atención intra y extramural.		Amplia la capacidad de resolutiva en relación a los problemas de salud prevalentes de la comunidad.	
Conocer la red funcional de los servicios de salud y los mecanismos de referencia y contrarreferencia para todos sus niveles de atención		Promueve en la comunidad el autocuidado de la salud de acuerdo a las enfermedades prevalentes.	

3.2 En cuanto a la prevención y promoción de la salud Ud. considera que debe:

Conocimientos		Habilidades	
Conocer y aplicar metodologías y herramientas para identificar: Situación de Salud, Determinantes de Salud, Red de Servicios, Recursos financieros, Situación socioeconómica y cultural, Situación familiar		Participa en las iniciativas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad diseñando programas locales basadas en las necesidades de su comunidad	
Conocer herramientas para aplicar, monitorear y evaluar las actividades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.		Da atención apropiada basada en la evidencia en los distintos escenarios (intra y extramural). De manera oportuna y eficiente en el uso de la red de servicios de salud.	
Conocer las prácticas para responder a las necesidades (físicas, sociales, mentales y de salud de las personas) y aplicar las nuevas tecnologías y métodos apropiados de acuerdo a la cultura y recursos locales.		Identifica fuentes de información, actores claves en la comunidad y recolecta, analiza y utiliza la información adecuada y pertinente.	
Promover en la comunidad la importancia del autocuidado de la salud		Realiza entrevistas familiares y Hace planificación y programación participativa.	
Conoce acerca de planificación y programación participativa Subcentro comunidad		Define las responsabilidades de cada uno de los miembros del equipo para garantizar una atención apropiada y realiza la coordina los cuidados.	

3.3 Al Promover y fortalecer las políticas públicas y marco legal del sector Salud considera que debe:

Conocimientos		Habilidades	
Saber Políticas del Sector Salud, Planes y programas del Sector Salud, Políticas Públicas locales, Marcos legales existentes vinculados con el sector de la salud, Políticas sociales.		Analiza la coherencia entre políticas, planes y programas y su relación con el trabajo multidisciplinar en APS.	
Conocer las limitaciones existentes en las políticas planes y programas del sector salud que limitan la equidad.		Adapta las políticas, las normas a la realidad local y realiza análisis críticos integrados sobre políticas sociales y su influencia sobre el sector salud.	
Conocer las estrategias de abordaje para la resolución de las inequidades en salud y sus marcos políticos y legales.		Evalúa las políticas públicas y su relación con el sector salud.	

3.4 Para favorecer la accesibilidad a los servicios considera que debe:

Conocimientos		Habilidades	
Establecer puerta de entrada al sistema de salud promoviendo estrategias para garantizar un buen acceso a los servicios de salud.		Dar un trato digno y respetuoso, priorizando las necesidades y las intervenciones en salud acogiendo al individuo/familia/comunidad con respecto a los problemas que se presentan.	
Conocer el rol a desempeñar por el equipo en su conjunto para reconocer y valorar, a través de la entrevista, los problemas de salud o de otro tipo que repercutan en el proceso salud-enfermedad.		Desarrollar una buena comunicación con el individuo/ familia/comunidad que solicita atención de salud o de cualquier otra índole. Respetar y promover la autonomía de los individuos, familias y comunidades.	
		Organizar el servicio para garantizar el acceso.	
		Respetar y promover la autonomía de los individuos, familias y comunidades.	

3.5 Dentro de su desempeño laboral y trabajo en equipo priorice los conocimientos y habilidades que hasta el momento Ud. ha puesto en práctica.

Conocimientos		Habilidades	
Conoce y definir roles y responsabilidades dentro del equipo.		Apoya y participa en el proceso de educación permanente de los miembros del equipo.	
Conoce acerca de los procesos de capacitación y actualización permanente.		Analiza el perfil del equipo y las necesidades de salud de la población, en forma participativa, del equipo y de la comunidad.	
Conoce y aplicar el código ético entre ellos y con la comunidad.		Negocia condiciones de trabajo (requerimiento de dotación de personal para los equipos, financiamiento).	
Conoce acerca de la red de servicios de atención en el sistema de salud para movilizar recursos.		Elabora, desarrolla y participa en procesos del trabajo en equipo: Comunicación, colaboración, coordinación, negociación y solución de conflictos, participación, toma de decisiones, responsabilidad compartida.	
Reconoce e identifica la necesidad de mantener actualizado los conocimientos a través de la formación continua.			
Conoce las metodologías de evaluación del desempeño.			

4.- CAPACITACIÓN

4.1 ¿Recibió capacitación acerca MAIS – FCI?

Si NO

4.2 ¿Cuántas veces recibió capacitación?

1-3 veces 3-5 veces 5- mas veces

4.3 ¿Cómo fue la metodología de la capacitación?

Talleres analíticos	<input type="checkbox"/>
Exposiciones	<input type="checkbox"/>
Trabajos prácticos	<input type="checkbox"/>
Lecturas de manuales	<input type="checkbox"/>

4.4 ¿Quién impartió la capacitación? (escriba el nivel y/o la persona)

Médicos	<input type="checkbox"/>
Enfermeras	<input type="checkbox"/>
Otro personal de salud	<input type="checkbox"/>

4.5 al momento tiene claro el objetivo del MAIS – FCI?

Si NO

GRACIAS POR SU COLABORACION



Trabajo de los EBAS en la comunidad



Área comunitaria siendo visitada por los EBAS



Visita domiciliaria



Población del Área numero 4 de la provincia de Imbabura