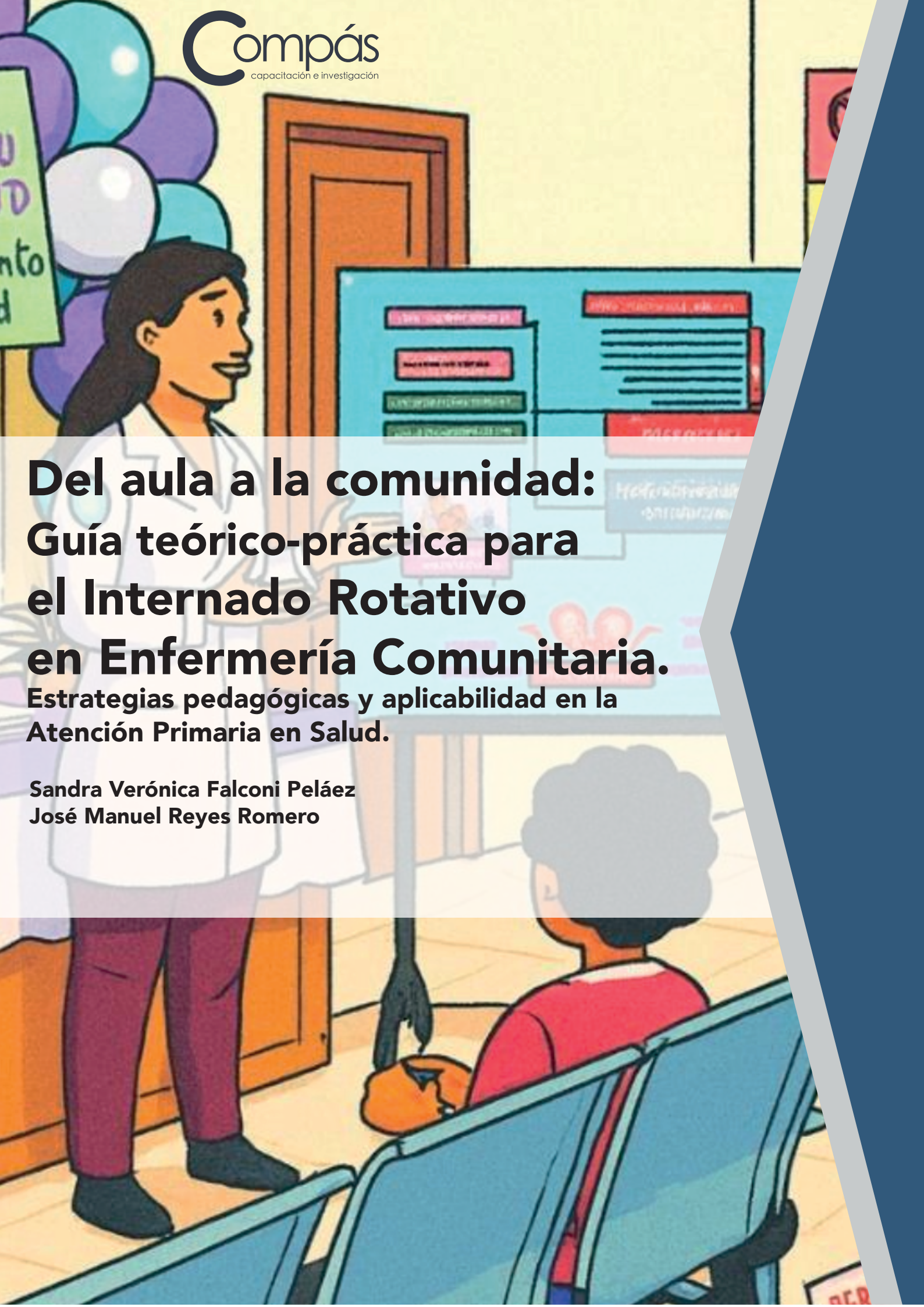




# **Del aula a la comunidad: Guía teórico-práctica para el Internado Rotativo en Enfermería Comunitaria.**

**Estrategias pedagógicas y aplicabilidad en la  
Atención Primaria en Salud.**

**Sandra Verónica Falconi Peláez  
José Manuel Reyes Romero**



© **Sandra Verónica Falconi Peláez**  
**José Manuel Reyes Romero**

© Editorial Grupo Compás, 2025  
Guayaqui, Ecuador  
[www.grupocompas.com](http://www.grupocompas.com)  
<http://repositorio.grupocompas.com>

Primera edición, 2025-11-11

**ISBN: 978-9942-53-111-7**

**DOI: <http://doi.org/10.48190/9789942531117>**

Distribución online

 Acceso abierto

### **Cita**

Falconi, S., Reyes, J. (2025) Del aula a la comunidad: Guía teórico-práctica para el Internado Rotativo en Enfermería Comunitaria. Estrategias pedagógicas y aplicabilidad en la Atención Primaria en Salud. Editorial Grupo Compás

Este libro es parte de la colección de la Univesidad Técnica de Machala y ha sido debidamente examinado y valorado en la modalidad doble par ciego con fin de garantizar la calidad de la publicación. El copyright estimula la creatividad, defiende la diversidad en el ámbito de las ideas y el conocimiento, promueve la libre expresión y favorece una cultura viva. Quedan rigurosamente prohibidas, bajo las sanciones en las leyes, la producción o almacenamiento total o parcial de la presente publicación, incluyendo el diseño de la portada, así como la transmisión de la misma por cualquiera de sus medios, tanto si es electrónico, como químico, mecánico, óptico, de grabación o bien de fotocopia, sin la autorización de los titulares del copyright.

## **TABLA DE CONTENIDOS**

### **CAPÍTULO 1 ..... 9**

#### **INTRODUCCIÓN AL INTERNADO ROTATIVO EN ENFERMERÍA COMUNITARIA ..... 9**

- 1.1 Definición, principios y valores de Enfermería Comunitaria.....11
- 1.2 Funciones Esenciales del Enfermero Comunitario.....20
- 1.3 Desafíos de la Enfermería Comunitaria en América Latina y Ecuador 26
- 1.4 Características, Competencias y Habilidades Esenciales del Internado Rotativo .....29
- 1.5 Integración del internado con la realidad sanitaria del país y la comunidad .....37

#### **CAPITULO 2: FUNDAMENTOS FILOSÓFICOS Y TEÓRICOS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA COMUNITARIA ..... 45**

- 2.1 Bases Filosóficas para el cuidado de Enfermería comunitaria .....46
- 2.2 Metaparadigma y Paradigmas Enfermeros – Ampliación para Práctica Comunitaria.....51
- 2.3 Modelos y Teorías de Enfermería aplicados a la Enfermería Comunitaria.....56
- 2.4 Proceso de Atención de Enfermería (PAE) para el cuidado del individuo, familia y comunidad.....73

#### **CAPÍTULO 3: MARCO NORMATIVO Y POLÍTICAS DE SALUD ..... 88**

- 3.1 Legislación y normativas en salud pública aplicables a la enfermería comunitaria.....89
- 3.2 Salud pública como política y campo de acción en enfermería comunitaria.....94
- 3.3 Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI): Enfoque, desarrollo e impacto en la práctica de Enfermería comunitaria .....97

#### **CAPITULO IV ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (APS) ..... 111**

- 4.1 Evolución de la APS: De Alma-Ata a la APS Renovada..... 114
- 4.2 Atención primaria en salud como política de salud pública..... 116
- 4.3 Promoción de la Salud ..... 120
- 4.4 Prevención de la Enfermedad ..... 143

4.5 Ética en la Atención Comunitaria y su aplicación en el Internado . 165

## TABLA DE ILUSTRACIONES

**Figura 7:** Funciones de Enfermería Comunitaria. ....24

**Figura 9:** Estructura del Cuidado de Enfermería. ....73

**Figura 13:** Ciclos de empoderamiento comunitario. .... 131

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Síntesis de los problemas filosóficos aplicado al cuidado de enfermería. ....51

**Tabla 2:** Elementos del Metaparadigma Enfermero .....52

**Tabla 3:** Paradigmas más aplicados en la Enfermería comunitaria. ....54

**Tabla 4:** Diferencias entre modelos y teorías. ....57

**Tabla 5:** Teoría del Entorno - Florence Nightingale (Raile, 2023) .....58

**Tabla 6:** Modelo de Promoción de la Salud - Nola Pender (Raile, 2023) .....58

**Tabla 7:** Modelo de Adaptación - Callista Roy (Raile, 2023) .....59

**Tabla 8:** Teoría del Cuidado Humano - Jean Watson (Raile, 2023) .....59

**Tabla 9:** Teoría de los Cuidados Culturales - Madeleine Leininger (Raile, 2023)  
.....60

**Tabla 10:** Modelo PRECEDE-PROCEED - Lawrence W. Green (Calano, 2019 )  
(Blank, 2006) .....60

**Tabla 11:** Empoderamiento Comunitario (Kruahong et. al., 2023) .....61

**Tabla 12:** Modelo de Sistemas Conductuales - Dorothy Johnson (Raile, 2023)  
.....61

**Tabla 13:** Teoría del Déficit de Autocuidado - Dorothea Orem (Raile, 2023)  
.....62

**Tabla 14:** Teoría de las Necesidades Básicas - Virginia Henderson (Fernández  
et al., 2016) .....62

|                                                                                                                                                       |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Tabla 15:</b> Teoría de la Interacción - Hildegart Peplau.....                                                                                     | 63  |
| <b>Tabla 16:</b> Modelo de Patrones Funcionales de Salud - Marjory Gordon .....                                                                       | 63  |
| <b>Tabla 17:</b> Ejemplos de aplicación práctica .....                                                                                                | 64  |
| <b>Tabla 21:</b> Estudios sobre la aplicación del MAIS .....                                                                                          | 99  |
| <b>Tabla 22:</b> Evolución del sistema de salud en Ecuador (Inca Ruiz, 2023) .....                                                                    | 105 |
| <b>Tabla 23:</b> Línea de Tiempo: Evolución de la APS .....                                                                                           | 114 |
| <b>Tabla 24:</b> Diferencias entre promoción de la salud y prevención de la enfermedad.....                                                           | 122 |
| <b>Tabla 25:</b> Evolución de la promoción de la salud según algunos acuerdos internacionales que consolidaron su importancia:.....                   | 123 |
| <b>Tabla 26:</b> Estrategias de promoción de la salud, principios, competencias y ejemplos comunitarios .....                                         | 127 |
| <b>Tabla 27:</b> Acciones específicas del MAIS en promoción de la salud .....                                                                         | 128 |
| <b>Tabla 28:</b> Tipos de participación comunitaria .....                                                                                             | 130 |
| <b>Tabla 29:</b> Resumen de la diferencias y semejanzas con ejemplos aplicables a la práctica .....                                                   | 132 |
| <b>Tabla 30 complementaria:</b> Participación y empoderamiento comunitario relacionados con acciones, competencias e intervenciones del interno ..... | 134 |
| <b>Tabla 31:</b> Plantilla completa para la planificación del microproyecto comunitario del interno de enfermería .....                               | 137 |
| <b>Tabla 32:</b> competencias del internado rotativo relacionadas con educación y comunicación para la salud .....                                    | 141 |
| <b>Tabla 33:</b> Evolución histórica de las concepciones de salud-enfermedad .                                                                        | 147 |
| <b>Tabla 34:</b> Semejanzas y diferencias entre promoción de la salud y prevención de la enfermedad. ....                                             | 160 |
| <b>Tabla 35:</b> Enfoque de prevención por grupos etarios según el MAIS.....                                                                          | 162 |

---

## **PREFACIO**

**Introducción del libro:** La enfermería comunitaria es un pilar fundamental en los sistemas de salud, su rol se fundamenta en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades desde un enfoque de cuidado integral al individuo, familia y comunidad, en este contexto el internado rotativo en enfermería comunitaria representa una etapa clave en la formación de los futuros profesionales, brindando una experiencia práctica esencial que les permite aplicar conocimientos teóricos en contextos reales de atención primaria en salud. Este libro ha sido diseñado para proporcionar a los estudiantes de último año de la Licenciatura en Enfermería una guía estructurada y basada en evidencia científica que fortalezca sus competencias en la atención comunitaria.

**Objetivo General del Libro:** Desarrollar en el estudiante competencias para la Atención Primaria de Salud (APS) que integren el análisis crítico, la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y la gestión comunitaria, a fin de planificar, implementar y evaluar intervenciones basadas en evidencia para el individuo, la familia y la comunidad, en coherencia con el MAIS-FCI y con principios éticos.

### **Objetivos Específicos del Libro**

1. Analizar el marco conceptual de la Enfermería Comunitaria, la APS y los determinantes sociales de la salud, con énfasis en el contexto ecuatoriano y latinoamericano.
2. Aplicar el PAE al cuidado del individuo, familia y comunidad, integrando valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación en escenarios reales del primer nivel de atención.
3. Diseñar e implementar microproyectos comunitarios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con indicadores de proceso y de resultado.
4. Interpretar y aplicar el marco normativo y programático vigente (MAIS-FCI, normativas MSP/IESS y lineamientos de salud pública) en la práctica comunitaria.
5. Integrar principios de bioética, seguridad del paciente y gestión del riesgo en todas las intervenciones del internado rotativo.
6. Fortalecer habilidades blandas (empatía, trabajo en equipo, liderazgo, comunicación intercultural) para la interacción efectiva con la comunidad y el equipo de salud.

**Estructura Del Libro:** el contenido de este libro se organiza en cinco capítulos, cada uno abordando aspectos fundamentales del internado rotativo en enfermería comunitaria:

### **Capítulo 1: Introducción al Internado Rotativo en Enfermería Comunitaria**

- ✓ Definición, principios y valores de Enfermería Comunitaria
- ✓ Funciones Esenciales del Enfermero Comunitario
- ✓ Desafíos de la Enfermería Comunitaria en América Latina y Ecuador
- ✓ Competencias y habilidades esenciales para el internado rotativo
- ✓ Integración del internado con la realidad sanitaria del país y la comunidad

### **Capítulo 2: Fundamentos filosóficos y teóricos del cuidado en Enfermería Comunitaria**

- ✓ Bases filosóficas para el cuidado de Enfermería Comunitaria
- ✓ Metaparadigma y paradigmas Enfermeros, ampliación para la práctica comunitaria
- ✓ Modelos y teorías de Enfermería aplicados a la Enfermería Comunitaria
- ✓ Proceso de atención de enfermería (PAE) para el cuidado del individuo, familia y comunidad.

### **Capítulo 3: Marco Normativo y Políticas de Salud Comunitaria**

- ✓ Legislación y normativas en salud pública aplicables a la enfermería comunitaria
- ✓ Salud pública como política y campo de acción en enfermería comunitaria
- ✓ Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI): Enfoque, desarrollo e impacto en la práctica de Enfermería comunitaria

### **Capítulo 4 Atención Primaria en Salud (APS)**

- ✓ Evolución de la APS: De Alma-Ata a la APS Renovada
- ✓ Atención primaria en salud como política de salud pública
- ✓ Promoción de la Salud
- ✓ Prevención de la Enfermedad

**Características Pedagógicas:** El diseño del libro se fundamenta en principios pedagógicos que garantizan un aprendizaje significativo para los estudiantes en internado rotativo. Para ello, cada capítulo incluye:

- **Elementos de apertura:** Introducción general al tema, objetivos de aprendizaje y preguntas de reflexión.

- **Desarrollo del contenido:** Explicaciones detalladas con fundamento científico y normativo, estudios de caso y escenarios clínico-comunitarios reales, guías prácticas y protocolos de intervención en salud comunitaria.
- **Recursos visuales:** Infografías, diagramas y esquemas visuales para mejorar la comprensión de los contenidos.
- **Elementos de cierre:** Síntesis de los puntos clave del capítulo, actividades de aplicación práctica y preguntas de autoevaluación.
- **Referencias bibliográficas:** Listado de fuentes actualizadas que incluyen documentos de la OMS, OPS, Ministerios de Salud y literatura científica en enfermería comunitaria.

El enfoque teórico-práctico de este libro permite a los estudiantes desarrollar habilidades de análisis crítico y toma de decisiones fundamentadas en evidencia, promoviendo un aprendizaje activo-reflexivo que refuerce su desempeño en la atención comunitaria.

### **Estudio de caso inicial: El desafío del Internado Rotativo, primer día en la Comunidad**

Victor es un estudiante del último año de la Licenciatura en Enfermería ha iniciado su internado rotativo en una comunidad rural con múltiples necesidades en salud, desde el primer momento, siente la responsabilidad de su rol como futura profesional sin embargo enfrenta dudas sobre su capacidad para adaptarse a este nuevo entorno ya que, al llegar a la comunidad, se da cuenta de que muchas personas desconfían del equipo de salud, existe desinformación sobre enfermedades prevalentes y hay dificultades de acceso a servicios médicos, se encuentra con familias donde sus hijos no han cumplido con los esquemas de vacunación, madres que desconocen la importancia de los controles prenatales y adultos mayores con enfermedades crónicas desatendidas. Aunque ha estudiado estos temas en la universidad, ahora enfrenta el desafío de llevar la teoría a la práctica en un entorno real, con barreras culturales, sociales y estructurales, durante su primera semana, Víctor intenta realizar entrevistas comunitarias, pero la respuesta es fría y distante.

**Reflexión del Caso:** Este caso busca que el estudiante se analice a sí mismo como futuro profesional, antes de continuar con el libro, reflexiona sobre las siguientes preguntas:

- ✓ ¿Qué habilidades y destrezas poseo para enfrentar este reto?
- ✓ ¿Qué estrategias puedo aplicar para ganar la confianza de la comunidad y del equipo de salud?
- ✓ ¿Cómo puedo mejorar mis habilidades de comunicación, empatía y liderazgo en un entorno comunitario?
- ✓ ¿Qué conocimientos necesito reforzar para brindar una atención primaria en salud efectiva y adaptada a la comunidad?

A lo largo de su acercamiento mediante la lectura del libro, encontrará herramientas que fortalecen sus habilidades y competencias para enfrentar los desafíos de la Enfermería en la atención primaria en salud con seguridad y compromiso, ¡te atreves a comenzar tu primer día! Hazlo.

## CAPÍTULO 1

### INTRODUCCIÓN AL INTERNADO ROTATIVO EN ENFERMERÍA COMUNITARIA

**Figura 1. Gestion documental realizado por estudiante de enfermería**



**Fuente:** Elaboración propia (2025).

La imagen muestra a un estudiante de enfermería en proceso de internado rotativo, realizando el registro de datos en un centro de salud comunitario, este procedimiento evidencia la importancia de la sistematización de la información para el seguimiento de pacientes y la planificación de intervenciones en Atención Primaria de Salud, así mismo, el registro constituye una herramienta fundamental para garantizar la continuidad del cuidado y la toma de decisiones basadas en evidencia.

El internado rotativo definido por la Norma Técnica del Internado Rotativo en establecimientos de salud es un programa de integración docente-asistencial en el que los estudiantes aplican y profundizan los conocimientos adquiridos durante los niveles previos de la carrera, permitiéndoles fortalecer sus habilidades y destrezas en escenarios reales de atención en salud, la misma norma define al interno rotativo como el estudiante que, en su último año de formación, realiza actividades asistenciales-docentes en establecimientos de salud, tanto de la Red Pública Integral de Salud como de la Red Privada Complementaria, bajo un régimen de pasantías obligatorias sin perder su

condición de tal, sino que fortalece sus competencias en la prestación de servicios de salud, contribuyendo a la calidad de atención en las áreas asignadas. (MSP-CES, 2015), en este sentido el internado rotativo de Enfermería Comunitaria se desarrolla en el contexto de la atención primaria en salud (APS), durante un periodo de 52 semanas, sus competencias están enfocadas a priorizar la prevención, promoción y educación sanitaria, así como la atención integral del individuo, familia y comunidad. (MSP-CES, 2015).

De acuerdo con la importancia de la rotación de Enfermería comunitaria en el internado la Organización Mundial de la Salud (OMS) enfatiza que la APS es la estrategia clave para lograr la cobertura sanitaria universal, reduciendo brechas de acceso y asegurando la equidad en la atención, por ende, el personal de enfermería es crucial para cumplir el lema salud para todos y no dejar a nadie rezagado, así como lograr el anhelado cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (OMS, 2020). Igualmente la Organización Panamericana de la Salud (OPS) indica en el *Informe del Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS/OMS para la Enseñanza de Enfermería en Salud Comunitaria*, que el enfermero comunitario desempeña un papel fundamental al intervenir en factores sociales, epidemiológicos y educativos, que determinan el bienestar de las poblaciones vulnerables, integrando en su ejercicio conocimientos de salud pública y los de enfermería para promover, mantener y restaurar la salud, así mismo integra los conocimientos de epidemiología para diagnosticar a las comunidades e identificar las necesidades de las mismas, vigilando las tendencias en salud para planificar y ejecutar intervenciones de prevención y promoción hacia alcanzar óptimos niveles de salud (OPS, 1976).

**Objetivo del capítulo** Aplicar principios fundamentales de la enfermería comunitaria en el contexto del internado rotativo, desarrollando habilidades analíticas, críticas y operativas que permitan la identificación de necesidades de salud, la planificación e implementación de estrategias de intervención basadas en evidencia científica, para la atención del individuo, familia y comunidad.

### **Finalidad de aprendizaje**

- ✓ Identificar características, competencias y responsabilidades del internado rotativo en el primer nivel de atención.
- ✓ Diferenciar las funciones del enfermero comunitario respecto de otros ámbitos asistenciales, con base en la APS.

- ✓ Reconocer desafíos y oportunidades del internado (recursos, inseguridad, determinantes sociales) y proponer estrategias de abordaje seguro.
- ✓ Relacionar principios y valores profesionales con el ejercicio comunitario en contextos diversos.
- ✓ Elaborar un plan personal de aprendizaje y adaptación al territorio (metas, cronograma, evidencias).
- ✓ Establecer mecanismos de coordinación y comunicación con el equipo de salud y actores comunitarios.

### **Preguntas de reflexión:**

- ✓ ¿Cómo se diferencia el trabajo del enfermero comunitario del de otras áreas de la enfermería?
- ✓ ¿Cuáles son las competencias clave que un estudiante debe desarrollar en el internado rotativo?
- ✓ ¿Cuáles son los principales desafíos que enfrentan los internos rotativos en la atención primaria en salud?
- ✓ ¿Cómo influye el contexto social y económico en la labor del enfermero comunitario?

### **Temas:**

- ✓ Definición, principios y valores de Enfermería Comunitaria
- ✓ Funciones Esenciales del Enfermero Comunitario
- ✓ Desafíos de la Enfermería Comunitaria en América Latina y Ecuador
- ✓ Competencias y habilidades esenciales para el internado rotativo
- ✓ Integración del internado con la realidad sanitaria del país y la comunidad

## **1.1 Definición, principios y valores de Enfermería Comunitaria**

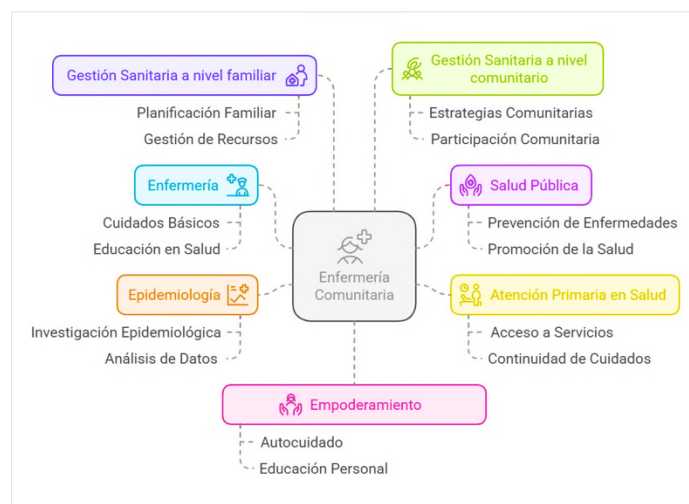
La enfermería comunitaria es una especialidad dentro de la disciplina enfermera que se enfoca en la atención integral de la salud de la comunidad, basándose en la prevención, promoción y restauración del bienestar colectivo. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), esta rama de la enfermería tiene como sujeto principal a la comunidad y sus subgrupos, integrando un enfoque de salud pública y atención primaria (OPS, 1976).

La Red de Enfermería Comunitaria de Cuba (2024) destaca que la enfermería comunitaria tiene un rol clave en la detección y mitigación de problemas de salud en la población, trabajando de manera interdisciplinaria con otros profesionales para garantizar el acceso equitativo a la salud (Red Cubana de Enfermería Comunitaria, 2025)

Asimismo, para Guzys, Safitri la enfermería comunitaria es la práctica de enfermería que se centra en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención integral de las poblaciones en lugar del cuidado individual, con base teórica en la salud pública, principios de la APS, conocimientos de las ciencias sociales, y en los determinantes de salud para su intervención oportuna con principios de inclusión, equidad, justicia social y de desarrollo comunitario hacia la mejora de capacidades centrado en las fortalezas de la comunidad y su participación activa (Diana Guzys, 2020) (Alfika Safitri, 2023).

De igual manera Mina & Sumarriva en su estudio titulado Enfermería Comunitaria y su contribución a la salud pública en Ecuador mencionan que la enfermería comunitaria es una estrategia esencial para abordar las desigualdades en salud, tendiendo como componente clave la educación sanitaria, la prevención de enfermedades y la provisión de cuidados integrales, en Ecuador un país con una amplia diversidad geográfica y cultural la enfermería comunitaria enfrenta retos específicos que afectan tanto el acceso como la calidad de los servicios de salud (Mina-Villalta, 2023)

**Figura 2:** Elementos fundamentales de la definición de enfermería comunitaria.



**Fuente:** Elaboración propia.

La figura 2 muestra los principales componentes de la enfermería comunitaria y su interrelación con distintas disciplinas y enfoques: gestión sanitaria a nivel familiar y comunitario, enfermería, epidemiología, salud pública, atención primaria de salud y empoderamiento, así mismo, este mapa conceptual permite visualizar cómo cada área aporta al cuidado integral y a la promoción de la salud en el ámbito comunitario, sintetizando las definiciones de los autores sugerimos que, se define a la enfermería comunitaria como la disciplina que integra los conocimientos básicos de la enfermería con los de la salud pública y los principios de la Atención primaria en salud, siendo esencial para los sistemas de salud cuya efectividad se sustenta en múltiples elementos clave, entre los cuales mencionamos a la prevención y promoción de la salud, como pilares fundamentales, ya que de esta manera se permite reducir la incidencia de enfermedades utilizando formas de educación sanitaria y campañas de concienciación, garantizando así la cobertura de servicio accesibles y equitativos, en los que se abordan las necesidades del individuo familia y comunidad con un enfoque integral.

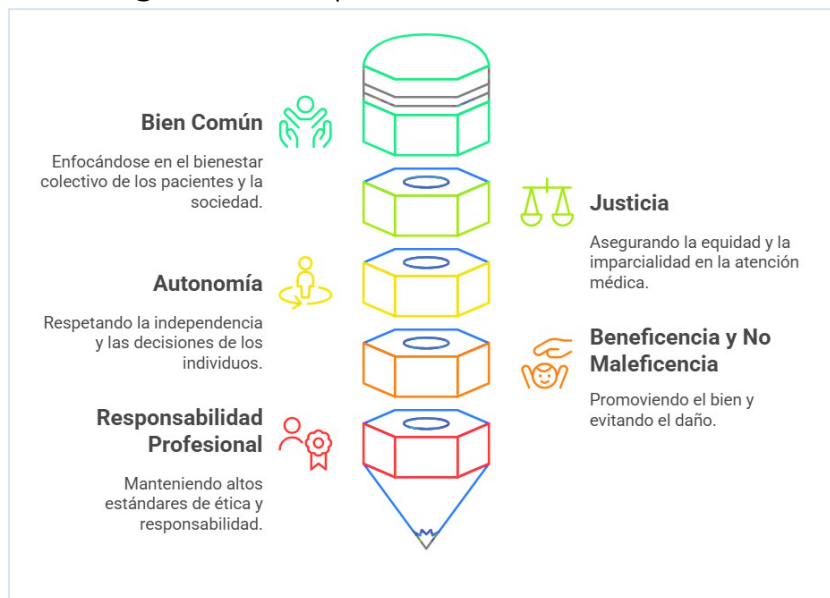
Otro aspecto esencial es la vigilancia epidemiológica, la cual permite identificar y estudiar tendencias de salud en la comunidad para diseñar intervenciones oportunas basadas en la evidencia, así mismo la participación comunitaria fortalece la relación entre el personal de salud y los integrantes de la comunidad, fomentando el empoderamiento de ellos en la toma de decisiones relacionadas con su salud y bienestar por lo cual el autocuidado juega un papel determinante ya que promueve la adopción de hábitos saludables y la corresponsabilidad en el mantenimiento de la salud individual, familiar y colectiva, además es importante mencionar en este contexto la intervención social la cual permite abordar a los determinantes de sociales de la salud para asegurar que los servicios lleguen a los grupos más vulnerables, y por último la gestión sanitaria y el enfoque de bienestar colectivo garantizan que las estrategias sean organizadas, eficientes y respondan a las necesidades reales de la comunidad, asegurando un impacto sostenible en la salud pública.

Estos elementos, interconectados, conforman la base de la enfermería comunitaria, permitiendo que el profesional no solo brinde atención, sino que también lidere procesos de cambio en la salud pública, garantizando un abordaje holístico e inclusivo de la atención en salud.

Es significativo resaltar que los principios y valores de la Enfermería en general son útiles para la práctica de la Enfermería Comunitaria, en este contexto Rubio en su estudio publicado como artículo de revisión; Principios y valores que guían el ejercicio del personal de enfermería (Rubio-Domínguez, 2008),

destaca aspectos importantes para el quehacer de la enfermería entre ellos se nombran los siguientes:

**Figura 3:** Principios éticos de la enfermería.



**Fuente:** Elaboración propia.

La figura 3 representa los principales principios éticos que orientan la práctica de la enfermería comunitaria: bien común, justicia, autonomía, beneficencia y no maleficencia, y responsabilidad profesional, de tal manera que, cada uno de ellos constituye un pilar fundamental para garantizar la calidad, equidad y seguridad en la atención de salud. Así mismo se recalcan algunos valores como:

**Figura 4:** Valores esenciales de la enfermería.



**Fuente:** Elaboración propia.

La figura 4 representa los valores esenciales que orientan la calidad del cuidado en enfermería comunitaria: valores relacionados con la calidad del cuidado, valores éticos, valores humanísticos y valores profesionales, así mismo, estos principios constituyen la base para un ejercicio responsable, humanizado y comprometido con la salud de las personas y comunidades.

No obstante, para el Consejo Internacional de Enfermeras, en el Código de Ética de Enfermería, establece las normas fundamentales que rigen a la práctica a nivel mundial, en este se encuentran los principios esenciales y valores que deben reflejarse en la atención al paciente, se estudian 5 principios clave que garantizan una práctica de enfermería justa, segura y respetuosa con los derechos humanos y la salud del paciente, a continuación se los describe: (CIE , 2021)

### **Respeto a los Derechos Humanos**

- ✓ El profesional de Enfermería debe garantizar la dignidad, igualdad y derechos fundamentales de todas las personas.
- ✓ Se promueve una atención sin discriminación por edad, género, etnia, cultura, religión, discapacidad o estatus socioeconómico.
- ✓ La enfermería respalda los principios de atención de equidad en salud y acceso a la médica universal.

### **Justicia y Equidad**

- ✓ Garantizar que todos los pacientes reciban un trato justo y equitativo, independientemente de su condición social, económica o cultural.
- ✓ La equidad en salud implica que los recursos y servicios de enfermería sean distribuidos según las necesidades de cada paciente.
- ✓ Se debe evitar cualquier tipo de discriminación en la atención sanitaria y luchar contra la desigualdad en el acceso a los servicios de salud.

### **Autonomía y Consentimiento Informado**

- ✓ Cada persona tiene el derecho a tomar decisiones sobre su salud, basándose en información clara y comprensible.
- ✓ La enfermería debe proporcionar información sobre riesgos, beneficios y alternativas de tratamiento antes de cualquier intervención.
- ✓ Se respeta la voluntad del paciente en relación con su atención médica, garantizando que sus decisiones sean libres y fundamentadas.

## **Confidencialidad y Privacidad**

- ✓ Toda información de salud del paciente debe ser protegida y manejada con discreción.
- ✓ La enfermería debe garantizar que los datos personales no sean divulgados sin autorización expresa del paciente, excepto en casos legalmente justificados.
- ✓ En la era digital, se deben implementar medidas para proteger la información electrónica y evitar su uso indebido.

## **Responsabilidad y Rendición de Cuentas**

- ✓ El enfermero/a es responsable de sus acciones y decisiones clínicas, asegurando que estas sean seguras y basadas en evidencia científica.
- ✓ Se debe rendir cuentas ante los pacientes, colegas, instituciones de salud y organismos reguladores.
- ✓ Es esencial actuar con transparencia y ética profesional, mantener registros claros y cumplir con las normativas de salud.

El mismo Código de Ética resalta los Valores Clave los mismos que rigen la conducta que debe guiar la práctica profesional para ofrecer una atención humanizada, a continuación, se describen:

## **Compasión**

- ✓ La enfermería implica un cuidado empático y sensible ante el sufrimiento de los pacientes.
- ✓ Se fomenta un trato amable, atención, respetuoso y solidario con quienes reciben sanitaria.
- ✓ La compasión ayuda a crear una relación de confianza entre enfermera y paciente.

## **Integridad**

- ✓ Actuar con honestidad y ética en todas las situaciones de la práctica enfermera.
- ✓ Evitar conflictos de intereses, corrupción o cualquier conducta que pueda comprometer la atención del paciente.
- ✓ Mantener coherencia entre valores personales y responsabilidad profesional.

## **Honestidad**

- ✓ La enfermería debe proporcionar información clara, veraz y completa a los pacientes y sus familias.
- ✓ Evitar la omisión o distorsión de información que pueda afectar la toma de decisiones del paciente.
- ✓ La honestidad en la práctica de enfermería refuerza la confianza y credibilidad del profesional de salud.

## **Empatía**

- ✓ Comprender y compartir los sentimientos de los pacientes, brindándoles un cuidado basado en la cercanía y el respeto.
- ✓ La empatía permite una atención personalizada, considerando las emociones y experiencias de los pacientes.
- ✓ Fomentar la comunicación efectiva, escuchando activamente y ofreciendo apoyo emocional.

## **Liderazgo**

- ✓ La enfermería tiene un papel clave en la toma de decisiones sobre políticas de salud y atención clínica.
- ✓ Un liderazgo efectivo permite promover mejoras en la calidad de atención y en el entorno de trabajo.
- ✓ Un líder en enfermería actúa con visión, responsabilidad y compromiso con el bienestar de la comunidad.

## **Servicio**

- ✓ La enfermería es una profesión de vocación y entrega, cuyo propósito es mejorar la salud y calidad de vida de las personas.
- ✓ Se prioriza el bienestar del paciente, ofreciendo una atención centrada en sus necesidades.
- ✓ Se debe actuar con desinterés personal y compromiso con la comunidad.

## **Colaboración**

- ✓ El trabajo en equipo con otros profesionales de la salud es esencial para garantizar una atención integral y coordinada.

- ✓ La enfermería debe fomentar una comunicación efectiva y respeto mutuo en el entorno laboral.
- ✓ La colaboración entre instituciones de salud permite fortalecer programas de promoción y prevención en salud.

### **Inclusión**

- ✓ Garantizar que todas las personas, sin importar su origen, cultura o situación económica, recibirán atención de calidad.
- ✓ Respetar y valorar la diversidad cultural, lingüística y religiosa de los pacientes.
- ✓ Fomentar políticas de salud inclusivas que reduzcan las desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios.

### **Seguridad del Paciente**

- ✓ Aplique protocolos y atenciones normativas que garanticen la seguridad y libre de riesgos para los pacientes.
- ✓ Promover la cultura de seguridad en el entorno hospitalario, previniendo errores médicos y eventos adversos.
- ✓ Utilizar prácticas basadas en evidencia científica para mejorar la seguridad en la atención de salud.

Una vez estudiado los principios y valores que rigen a la profesión de Enfermería en general es importante mencionar que, para la práctica de la Enfermería comunitaria algunos autores sugieren que además de los mencionados anteriormente se incluyan en el rol y funciones los siguientes:

### **Principios de la Enfermería Comunitaria**

- ✓ **Modelo Social de Salud:** La práctica de la enfermería comunitaria se basa en un modelo social de salud que incorpora la atención accesible, la **tecnología adecuada**, la promoción de la salud, la colaboración intersectorial, la participación comunitaria y la seguridad cultural (Diana Guzys, 2020).
- ✓ **Autonomía y Empoderamiento:** Se enfatiza la autonomía profesional y el empoderamiento tanto de los pacientes como del personal de enfermería, promoviendo la independencia de los pacientes y mejorando su experiencia (Diana Guzys, 2020), (Lalani, 2019).
- ✓ **Participación Comunitaria:** La enfermería comunitaria fomenta la participación de la comunidad en la identificación de necesidades de

salud y el desarrollo de programas localizados para satisfacer estas necesidades (Diana Guzys, 2020) (Iwamoto, 2023).

- ✓ **Justicia Social y Equidad:** Se centra en la justicia social, la equidad y la defensa de los derechos humanos, asegurando que todos los miembros de la comunidad tengan acceso a la atención necesaria (Diana Guzys, 2020), (Chalmers, 1989).
- ✓ **Colaboración Interdisciplinaria:** La colaboración con otros profesionales de la salud y sectores es esencial para integrar servicios y mejorar la atención comunitaria (Lalani, 2019).
- ✓ **Cuidado Holístico y Centrado en el Paciente:** Se promueve un enfoque holístico que considera al individuo dentro de su contexto comunitario, asegurando que el cuidado sea integral y centrado en el paciente (Lalani, 2019), (Koithan, 2018)

Como se observa los elementos fundamentales que definen a la Enfermería comunitaria están directamente vinculados con los principios que enmarcan su rol y funciones debido a que ambos constituyen la base para una práctica efectiva y ética en el contexto de la atención primaria en salud, sin embargo es importante incluir otros principios como la **intersectorialidad, continuidad de los servicios, la integralidad y la eficiencia en la gestión de recursos** los mismos que son considerados clave para la sostenibilidad de las estrategias de enfermería comunitaria, evidenciando que el marco de principios planteados por diversos autores es indispensable para guiar y consolidar el ejercicio profesional en este ámbito. A continuación, se sintetiza los principios y valores de la práctica de Enfermería comunitaria

**Figura 5:** principios y valores de la práctica de la enfermería comunitaria.



**Fuente:** Elaboración propia.

En la figura 5 notamos como se sintetizan los principios clave y valores fundamentales que guían la práctica de la enfermería comunitaria. Entre los principios destacan el modelo social de salud, la participación comunitaria, la justicia social y el cuidado holístico, en cuanto a los valores, se incluyen la compasión, la integridad, la empatía, el liderazgo y la seguridad del paciente, todos indispensables para garantizar un cuidado humano y de calidad.

## **1.2 Funciones Esenciales del Enfermero Comunitario**

Para lograr comprender las funciones que realiza el personal de enfermería en la atención primaria en salud es importante mencionar a la pionera de la profesionalización de la Enfermería; *Florence Nightingale* quien revoluciono y logro transformar esta disciplina de una actividad empírica y subordinada a un campo científico y autónomo, así mismo implanto los cimientos de las funciones esenciales de la enfermería moderna, es importante citar a *Scovil* quien en el artículo *Notas sobre Enfermería*, la copia de la cual la autora tomo las citas fue publicada en 1868 denominada *una nueva edición* en su breve prefacio esta la firma *F.N.* escrito en 1867, a continuación se mencionan de forma textual traducido al español algunas notas recabadas del artículo, escritas por Florence; *"Los síntomas o sufrimientos generalmente considerados inevitables y propios de la enfermedad a menudo no son síntomas de la enfermedad en absoluto, sino de algo completamente diferente: la falta de aire fresco, luz, calor, tranquilidad, limpieza o puntualidad y cuidado en la administración de la dieta, de cada uno o de todos estos factores"* (Scovil, 1927).

*"Uso la palabra enfermería por falta de una mejor. Se ha limitado a significar poco más que la administración de medicamentos y la aplicación de cataplasmas"* (Scovil, 1927).

*"Lo que más sorprende en muchas mujeres que se llaman a sí mismas enfermeras es que no han aprendido el abecedario de la educación de una enfermera"* (Scovil, 1927).

*"La observación cuidadosa de los enfermos es la única clave para la mejor dieta. Incomparablemente, la función más importante de la enfermera, después de haber cuidado del aire del paciente, es observar el efecto de su alimentación y reportarlo al médico"* (Scovil, 1927).

Como se observa en las notas de Florence N. son la base de los cimientos del conocimiento y practica de la enfermería moderna, es el principio de la organización del cuidado y el quehacer del profesional de enfermería enfocado en cuatro campos que son lo que también menciona s a *Amaro* en

su artículo *Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería* destaca la lógica del pensamiento de la fundadora de la enfermería profesional, las bases filosóficas, epistemológicas y éticas de su teoría, en el artículo se recalcan las cuatro funciones de enfermería que establecieron un modelo basado en la observación científica, la organización hospitalaria, el cuidado centrado en el paciente, resaltando los aportes que aún siguen vigentes y han influenciado los roles actuales de la profesión (Amaro Cano, 2004).

En este contexto a continuación se describen las 4 funciones esenciales de la enfermería generadas por *Florence Nightingale*:

- ✓ **Función Asistencial:** para Nightingale esta era considerada la principal función de la enfermería, asegurando óptimas condiciones para su recuperación, se centró en su teoría del entorno, es decir su enfoque estaba dado en la higiene hospitalaria, ventilación y correcta disposición del entorno, lo que demostró una reducción significativa de la mortalidad hospitalaria durante la guerra de Crimea.
- ✓ **Función educativa:** consciente de la necesidad de formar personal calificado, impulso la enseñanza formal de enfermería estableciendo la *Nightingale Training School for Nurses* en 1860, en este modelo ella combina la teoría y la práctica hospitalaria marcando el inicio de la profesionalización de la enfermería moderna.
- ✓ **Función de Gestión y Organización:** la pionera de la enfermería moderna promovió un enfoque de gestión hospitalaria basada en la recolección de datos y la planificación de recursos, su accionar permitió establecer protocolos administrativos que mejoraron la eficiencia en la distribución de recurso e insumos como medicamentos, alimentación y personal en los hospitales
- ✓ **Función Investigativa:** fue la primera que utilizó la bioestadística, en sus estudios demostró la relación entre las condiciones hospitalarias y las tasas de mortalidad, así mismo a través del análisis de datos logró influir en políticas de salud pública fomentando reformas hospitalarias y en las normas sanitarias, dejándonos un legado de la enfermería basada en la evidencia.

Es importante mencionar que estas funciones esenciales siguen siendo la base de la Enfermería, es así que en las instituciones de educación superior a nivel mundial donde ofertan el grado de Enfermería los cuatro elementos o funciones esenciales son la base para levantar los perfiles de egreso, por ende el campo ocupacional es amplio, sin duda el legado de Nightingale transformó

a la Enfermería en una disciplina con bases científicas y estructuradas influyendo en la forma de ejercer la profesión hasta la actualidad.

Luego de haber mencionado las funciones esenciales de Enfermería nos introducimos a las propias de la Enfermería Comunitaria, en este contexto es importante mencionar que el enfermero comunitario desempeña funciones clave en la atención primaria en salud, estas funciones están enfocadas a la prevención de enfermedades, la educación sanitaria, y la gestión de intervenciones de salud pública, para comprender mejor se agrupan las funciones en cuatro ejes:

### **1. Promoción de la salud y prevención de enfermedades**

- ✓ Diseño e implementación de estrategias educativas sobre hábitos saludables
- ✓ Aplicación de programas de inmunización y control epidemiológico
- ✓ Identificación y mitigación de factores de riesgo en la comunidad (Shareefa et al., 2024).

### **2. Atención y cuidado integral de la comunidad**

- ✓ Atención primaria a grupos vulnerables, como niños, adultos mayores y personas con enfermedades crónicas.
- ✓ Gestión de visitas domiciliarias y seguimiento de casos clínicos.
- ✓ Coordinación con otros profesionales de la salud para la atención integral (Conti et al., 2021).

### **3. Gestión y organización de servicios comunitarios:**

- ✓ Planificación y coordinación de actividades de salud pública.
- ✓ Supervisión y capacitación de personal auxiliar y voluntarios de salud.
- ✓ Evaluación y ajuste de programas de salud según las necesidades locales (Conti et al., 2021).

### **4. Investigación y análisis epidemiológico:**

- ✓ Recolección e interpretación de datos sobre indicadores de salud comunitaria.
- ✓ Elaboración de diagnósticos situacionales para fundamentar políticas sanitarias.
- ✓ Publicación de estudios sobre prácticas de salud comunitaria y sus impactos (Conti et al., 2021).

El enfermero comunitario además de su rol asistencial debe ejercer como gestor de salud pública, en este sentido fomenta la participación del individuo, familia y comunidad y su empoderamiento en la resolución de sus propias

problemáticas de salud, para ello debe trabajar de manera coordinada con los líderes comunitarios y autoridades sanitarias.

## **Enfermería comunitaria en Ecuador**

**Figura 6: Práctica de inmunización en entorno comunitario**



**Fuente:** elaboración propia

La Figura 6 muestra a un estudiante de enfermería aplicando una vacuna a un adolescente en el marco de actividades de promoción y prevención en salud, esta práctica refleja el rol fundamental de la enfermería comunitaria en el fortalecimiento de coberturas de inmunización y en la protección de la salud pública, especialmente en contextos escolares y comunitarios.

Por lo cual es importante recalcar que la enfermería comunitaria en Ecuador ha tenido una evolución progresiva desde su establecimiento formal en el siglo XX, siendo en el año 1960 que se fundó la primera escuela de enfermería inspirada en modelo norteamericanos y europeos, la misma tenía como propósito mejorar la formación de los profesionales de la salud y fortalecer la atención primaria en salud. Así mismo el desarrollo de esta especialidad ha estado vinculado a estrategias estatales como el Plan Nacional de Desarrollo que promovió un enfoque basado en los derechos con énfasis en la equidad y acceso universal a la salud, este plan fomento la participación de los enfermeros comunitarios en programas direccionados a la prevención de enfermedades, promoción del autocuidado y la atención integral sobre todo a los grupos vulnerables (Romero, 2024). A lo largo de los años en Ecuador los enfermeros comunitarios han asumido responsabilidades en la gestión de salud pública, la educación sanitaria y el control epidemiológico, no obstante, el crecimiento geográfico, demográfico y los cambios en las necesidades

sanitarias han planteado nuevos desafíos, como la adaptación de los programas de salud a un sistema de constante transformación además de la necesidad de capacitación continua para enfrentar las demandas de la población, a continuación se identifican las funciones que cumple el enfermero comunitario de acuerdo al estudio realizado por Romero.

**Figura 1:** Funciones de Enfermería Comunitaria.



**Fuente:** Elaboración propia.

La figura organiza las principales funciones del enfermero comunitario en el ámbito de la atención primaria: investigación y educación, promoción y prevención, gestión en salud pública, apoyo en políticas de salud, atención primaria y participación comunitaria, de este modo el esquema facilita la comprensión de la diversidad de roles que cumple el profesional de enfermería en la comunidad y su aporte al fortalecimiento del sistema de salud.

Así mismo Díaz en el artículo publicado Rol del profesional de Enfermería en el sistema atención primaria de salud en Ecuador el mismo que es una aproximación inicial al estudio del rol de los profesionales de enfermería en Ecuador en contraste con los roles trazados por las autoridades del Ministerio de Salud Pública, la autora enfatiza que a lo largo del tiempo la profesión ha transitado desde un enfoque curativo - hospitalario hacia un modelo más integral, enfocado en la prevención y promoción, sin embargo sugiere que el rol del enfermero comunitario no ha estado siempre claramente definido,

debido a las constantes reformas en el sistema de salud y la influencia de organismos internacionales que buscan estandarizar los modelos de atención. (Díaz et al., 2019)

A pesar de no tener establecidas las funciones del enfermero comunitario en el Modelo de atención integral de salud (MAIS-FIC) se sugiere las siguientes (Díaz et al., 2019) (Espinosa et al., 2022):

**Atención Integral y Continuidad del Cuidado:**

- ✓ Evaluación de riesgos en la comunidad a través de visitas domiciliarias.
- ✓ Aplicación del enfoque familiar, comunitario e intercultural para mejorar la salud de la población.
- ✓ Seguimiento de casos crónicos y personas en situación de vulnerabilidad.

**Promoción y Prevención de la Salud:**

- ✓ Implementación de programas educativos en salud para fomentar hábitos saludables.
- ✓ Identificación temprana de factores de riesgo y aplicación de estrategias de intervención.
- ✓ Desarrollo de acciones de vacunación y control epidemiológico dentro de la comunidad.

**Gestión y Organización en Salud Pública:**

- ✓ Coordinación de equipos de atención integral, asegurando una atención descentralizada y participativa.
- ✓ Uso de herramientas de vigilancia epidemiológica para tomar decisiones basadas en datos.
- ✓ Supervisión de la aplicación de normativas sanitarias dentro del Sistema Nacional de Salud.

**Educación y Formación Comunitaria:**

- ✓ Capacitación de líderes comunitarios para fortalecer el empoderamiento en salud.
- ✓ Aplicación de estrategias de autocuidado para mejorar la calidad de vida en la comunidad.
- ✓ Participación en programas de educación para la salud en instituciones y centros comunitarios.

### 1.3 Desafíos de la Enfermería Comunitaria en América Latina y Ecuador

A pesar del impacto positivo del enfermero comunitario en la atención primaria de salud existen desafíos que limitan su máximo alcance dentro de estos tenemos:

- ✓ **Falta de recursos:** Escasez de insumos, infraestructura deficiente y acceso limitado a tecnología sanitaria.
- ✓ **Débil integración en políticas de salud pública:** Necesidad de fortalecer su participación en la planificación y ejecución de programas sanitarios.
- ✓ **Capacitación insuficiente:** Requiere formación continua en epidemiología, educación sanitaria y gestión comunitaria.

Para fortalecer la enfermería comunitaria dentro de los sistemas de salud, es fundamental que reciba un respaldo institucional sólido, acompañado de reformas en las políticas sanitarias y en el marco normativo que reconozcan su verdadero impacto en la salud pública por tanto es necesario impulsar iniciativas que posicionen al enfermero comunitario como un pilar esencial en la atención primaria, similar al modelo de los médicos de familia, mediante la implementación de un programa estructurado, como el “*Enfermero del Barrio*”, que permita su integración en la red de servicios de salud, de esta manera se observaría una reacción de necesidades en cascada ya que esta transformación requeriría que las instituciones de educación superior adapten sus planes de estudio, promoviendo programas de posgrado especializados en atención primaria en salud (APS), lo que permitiría formar profesionales con competencias avanzadas en el ámbito comunitario, es importantes también definir con mayor precisión las funciones y alcances del enfermero comunitario dentro del sistema de salud lo que garantizaría una mejor estructuración de su rol.

Por otro lado, se sugiere que se debe considerar la posibilidad de desarrollar y fortalecer la enfermería de práctica avanzada (EPA) en el contexto comunitario, este modelo permitiría que los enfermeros con formación especializada asuman mayor autonomía en la toma de decisiones clínicas, gestión de programas sanitarios y liderazgo en salud pública, optimizando así la cobertura y calidad de los servicios de atención primaria.

Otro problema social que se convierte en un desafío para el enfermero comunitario es la violencia e inseguridad, este no solo es un problema en el Ecuador también en América Latina, sobre todo en países con altos índices de criminalidad y conflictos internos, donde la labor de la enfermería comunitaria se ve afectada por agresiones, robos, amenazas, extorsiones e incluso homicidios poniendo en riesgo su integridad y limitando el acceso a los servicios de salud en comunidades más vulnerables, a continuación sugerimos algunas situaciones que se han presentado en algunos países de América Latina:

**Ecuador:** el incremento de la violencia e inseguridad en zonas urbanas y rurales ha generado dificultades en la movilidad y seguridad de los enfermeros comunitarios, es así que en algunas regiones se han registrado ataques y robos a profesionales de salud que realizan visitas domiciliarias o seguimiento de pacientes en sectores de alto riesgo, así mismo el conflicto entre grupos delictivos ha provocado el desplazamiento de equipos de salud y la suspensión de programas comunitarios en ciertas zonas del país, en un comunicado del Ministerio de Salud Pública en 2023 menciona el registro de 1.868 procedimientos de Código Plata principalmente en las provincias de Guayas, Manabí, Esmeraldas, Pichincha, Los Ríos. Mientras además que, entre el 1 y 14 de enero de 2024 se han registrado 90 procedimientos en las mismas provincias mencionadas, para lo que va del año 2024 estas cifras han aumentado considerablemente dándose también en la provincia de El Oro (MSP, 2024).

**México:** cumplir las funciones de la salud pública en México resulta un alto riesgo en regiones controladas por grupos del crimen organizado problemática que se ha presentado por décadas, se han documentado casos de secuestro, extorsión y asesinatos de profesionales de salud en zonas de conflicto, lo que ha llevado a la suspensión de brigadas de salud en varias comunidades, en algunos estados como Guerrero, Michoacán y Tamaulipas, la violencia ha obligado a modificar las estrategias de atención primaria, implementando telemedicina y trabajo en centros de salud seguros (Alvear, 2017)

**Colombia:** Enfermeros comunitarios en Colombia han reportado amenazas y restricciones de movilidad en áreas rurales con presencia de grupos armados ilegales. Se han registrado casos de profesionales que deben solicitar permiso a grupos armados para ingresar a comunidades, lo que obstaculiza la implementación de programas de vacunación, educación en salud y seguimiento epidemiológico. Además, los profesionales de salud han sido

víctimas de reclutamiento forzado y ataques en zonas con conflictos activos (Vásquez. et al, s.f.)

**Brasil:** como en la mayoría de los países latinoamericanos Brasil es uno con altos índices de violencia, sobre todo en las favelas en ciudades como Río de Janeiro y São Paulo el entorno es sumamente riesgoso para el personal de salud que labora en los centros de atención primaria, para la enfermería comunitaria estos determinantes sociales representan un desafío en el cumplimiento de las actividades comunitarias, sobre todo por las bandas delictivas que muchas veces generan enfrentamientos armados, así mismo estos imponen restricciones de entrada al personal de salud, dificultando el acceso a las comunidades más vulnerables, limitando la cobertura de servicios esenciales, así mismo se ve afectado el transporte y distribución de insumos médicos, impactando negativamente la continuidad de la atención en salud pública (Carvalho et. al, 2024)

**Guatemala:** los altos índices de violencia en Centroamérica, ligados a maras y pandillas, limitan el accionar del equipo de salud, siendo víctimas de extorción y ataques, ha generado que los profesionales abandonen los puestos de trabajo, así mismo en los lugares controlados por pandillas el equipo de salud ha tenido que negociar su entrada para poder brindar la atención a la comunidad (OPS, 2024).

Es impresionante ver como el acceso a los servicios de salud es limitado por los altos índices de violencia y peligrosidad que existe en múltiples sectores de diferentes países de América latina, esto ha generado un impacto en la atención primaria en salud a continuación se identifican algunos aspectos:

- Desmotivación del Personal: El miedo y la falta de seguridad disminuyen la moral del personal de salud.
- Deterioro de la Salud Comunitaria: La interrupción de la vacunación y la prevención aumenta las enfermedades.
- Reducción de Cobertura: La incapacidad para acceder a comunidades limita los servicios de salud esenciales.
- Mayor Carga Hospitalaria: La falta de atención preventiva sobrecarga a los hospitales con casos agudos.

Sin embargo, el juramento de cuidar a la población enferma o sana incentiva a cumplir con las funciones, por tanto, se sugiere como estrategias para mitigar las consecuencias del impacto de la inseguridad en la atención primaria en salud las siguientes:

#### Fortalecimiento de Protocolos de Seguridad

- Rutas Seguras
- Acompañamiento Policial
- Capacitación en Seguridad

#### Políticas de Protección para el Personal de Salud

- Leyes y Normativas
- Programas de Incentivos
- Integración en Salud Pública

#### Uso de Tecnologías en Salud Comunitaria

- Telemedicina
- Monitoreo Remoto
- Digitalización de Registros

#### Colaboración con la Comunidad

- Líderes Comunitarios
- Puntos de Atención
- Participación Comunitaria

En cuanto al uso de la tecnología es importante mencionar que está en auge, a nivel mundial se vive la era de la tecnología e innovación, siendo tendencia el uso de chat Bot, wearables (relojes inteligentes, sensores portátiles) para el control de signos vitales, Plataformas de geolocalización y alertas de seguridad, plataformas de redes comunitarias de salud para conectar profesionales con pacientes, drones para transporte de medicamentos y suministros en áreas de difícil acceso, y aplicaciones móviles para gestión de citas, recordatorios de medicamentos y resultados de solicitudes, entre otros, en el ámbito de la atención primaria en salud es importante sugerir que estas serían herramientas claves no solo para proteger al personal sanitario sino para garantizar el acceso a la atención en zonas de alto riesgo, para ello, es ineludible que el sistema de salud fortalezca su infraestructura tecnológica, capacitación continua al personal y que se generen políticas que integren estas estrategias en el modelo de atención.

### **1.4 Características, Competencias y Habilidades Esenciales del Internado Rotativo**

A nivel mundial, la formación en enfermería varía según la estructura de cada sistema educativo y las normativas sanitarias de cada país en este sentido, algunas universidades incluyen el internado rotativo, otras implementan prácticas preprofesionales bajo diferentes modalidades, a continuación, presentamos un análisis de los modelos más comunes en la oferta académica de enfermería en distintos países:

### **América del Norte (Estados Unidos y Canadá) (AACN,, 2025)**

- No utilizan el término "internado rotativo", pero incluyen prácticas clínicas estructuradas desde el primer año.
- Los programas de Bachelor of Science in Nursing (BSN) en EE. UU. y Canadá requieren entre 800 y 1,000 horas de prácticas clínicas supervisadas en hospitales y comunidades.
- Los últimos semestres incluyen una experiencia clínica avanzada, similar a un internado, pero el título se otorga antes de la obtención de la licencia (NCLEX-RN en EE. UU. y el examen de enfermería en Canadá).

### **Europa (España, Reino Unido, Alemania, Francia, Italia, Finlandia) (Mary Gobbi y Marja Kaunonen, 2018)**

- En España y Alemania los programas de enfermería incluyen prácticas preprofesionales obligatorias en hospitales y atención comunitaria.
- Reino Unido ofrece programas de pregrado con rotaciones clínicas en diversas especialidades dentro del Servicio Nacional de Salud (NHS).
- En Finlandia las universidades tienen un modelo de aprendizaje basado en competencias, donde los estudiantes trabajan en entornos clínicos y comunitarios desde los primeros semestres.

### **América Latina (Chile, Argentina, Colombia, México, Ecuador)**

- Algunos países, como Chile y Argentina, integran prácticas desde el primer año.
- En México y Colombia, se exige un servicio social obligatorio, el cual es equivalente a un internado, pero con mayor enfoque en salud pública y atención comunitaria.

### **Asia y Oceanía (Australia, China, India, Japón) (ANMAC, 2023)**

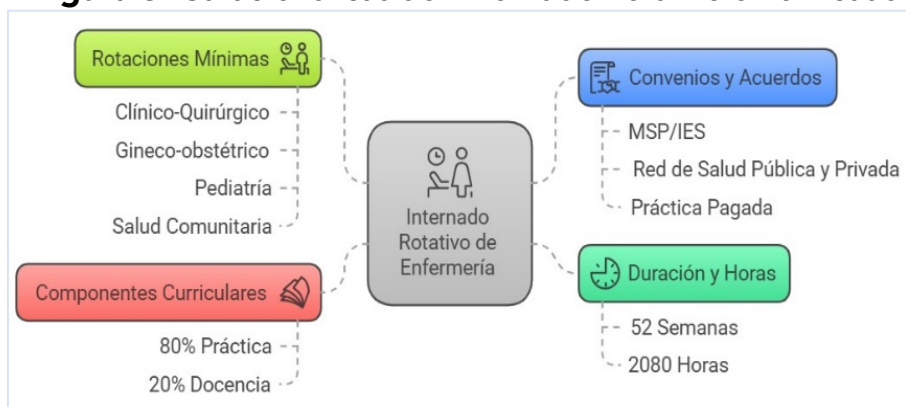
- Australia tiene un enfoque similar al de EE. UU., con prácticas clínicas estructuradas y pasantías en hospitales.
- En China e India, los programas de enfermería incluyen rotaciones clínicas obligatorias en hospitales universitarios, pero la formación en salud comunitaria es menor.

- Japón incorpora un enfoque tecnológico y basado en simulación, donde los estudiantes practican en laboratorios avanzados antes de interactuar con pacientes.

En Ecuador, el internado rotativo en enfermería es parte fundamental del último año de formación, garantizando la inmersión del estudiante en entornos clínicos y comunitarios, es considerado una de las fases más importante en la formación de los profesionales de salud, en especial del profesional de Enfermería, mediante este se permite la aplicación de conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera en un entorno real, tiene algunas características que a continuación mencionaremos: (CES, 2023)

- El internado rotativo es el último año obligatorio de estudios universitarios es decir 52 semanas con un total de 2080 horas.
- El 80% del total de horas corresponde la parte práctica y el 20% a docencia.
- Se operativiza de acuerdo con el proyecto curricular de cada carrera en el país, siempre y cuando se cumpla con los establecido en el Reglamento de Régimen Académico.
- Las rotaciones consideradas como mínimas para cumplir los resultados de aprendizaje son: Clínico Quirúrgico, Gineco-obstétrico, Pediatría, Salud Comunitaria.
- Se ejecuta a través de convenio marco y específicos del MSP/IESS y la IES (Institución de educación superior), y de las zonas de salud y las IES.
- Se ejecuta mediante turnos rotativos en los diferentes establecimientos del país de acuerdo con las zonas de salud.
- Hasta la actualidad existe un acuerdo ministerial de esta práctica preprofesional lo cual la hace pagada, el recurso esta dado desde el MSP, IESS u otro organismo de la red pública y privada de salud.

**Figura 8:** Características del Internado Rotativo en el Ecuador.



**Fuente:** Elaboración propia.

La figura 8 presenta los componentes esenciales del internado rotativo de enfermería: rotaciones mínimas (clínico-quirúrgico, gineco-obstétrico, pediatría y salud comunitaria), componentes curriculares (80 % práctica y 20 % docencia), convenios y acuerdos (MSP, IES, red pública y privada, práctica pagada), así como duración y horas (52 semanas, 2080 horas) de este modo el esquema resume de manera clara la estructura y organización de esta etapa formativa en la carrera de enfermería.

### **Competencias y habilidades que se desarrollan en el interno rotativo de enfermería comunitaria**

Es importante resaltar que las competencias que se refuerzan con el internado rotativo están directamente relacionadas con el perfil de egreso de la carrera, en este sentido se consideran aquellas enfocadas a la atención integral, gestión del cuidado, ética y liderazgo, por otra parte es importante tener en cuenta que en nuestro país el perfil profesional responde a las necesidades del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS-FCI) , que busca formar profesionales con capacidades en atención primaria, promoción de la salud y gestión sanitaria.

#### **Competencias generales:**

- ✓ Atención integral en salud comunitaria, con enfoque en prevención y promoción.
- ✓ Toma de decisiones basada en evidencia, aplicando investigación en la práctica clínica.
- ✓ Trabajo interdisciplinario y colaboración con la comunidad.

- ✓ Liderazgo en la gestión de programas sanitarios en entornos comunitarios.

La enfermería comunitaria tiene un papel fundamental en la transformación de los sistemas de salud, priorizando la atención en grupos vulnerables, el autocuidado y la equidad en salud.

### **Competencias específicas**

Las competencias específicas que deben desarrollar los internos rotativos en enfermería comunitaria se dividen en tres ejes principales:

#### **Competencias clínicas y asistenciales**

- ✓ **Evaluación del estado de salud de la comunidad:** Aplicación de herramientas epidemiológicas para la identificación de factores de riesgo en la población.
- ✓ **Administración de medicamentos y vacunas:** Manejo seguro de fármacos y aplicación de esquemas de inmunización.
- ✓ **Manejo de urgencias comunitarias:** Capacidad para actuar en emergencias dentro del primer nivel de atención.
- ✓ **Atención domiciliaria y seguimiento de pacientes crónicos:** Aplicación de cuidados en el hogar para fortalecer la adherencia terapéutica.

#### **Competencias en gestión y liderazgo**

- ✓ **Coordinación de redes comunitarias de salud:** Trabajo conjunto con instituciones y actores sociales.
- Gestión de recursos y programas sanitarios:** Planificación y ejecución de proyectos de salud en la comunidad.
- ✓ **Liderazgo en equipos interdisciplinarios:** Capacidad para dirigir estrategias de intervención en salud pública.

#### **Competencias en educación y promoción de la salud**

- ✓ **Desarrollo de programas de educación sanitaria:** Diseño e implementación de estrategias para la promoción del autocuidado.

- ✓ **Trabajo con grupos vulnerables:** Adaptación de estrategias educativas a poblaciones con necesidades específicas.
- ✓ **Uso de tecnologías en salud comunitaria:** Aplicación de telemedicina y herramientas digitales en la atención primaria.

### **Competencias del Internado Rotativo en Enfermería Comunitaria (UTMACH)**

El internado rotativo en enfermería comunitaria en la Universidad Técnica de Machala (UTMACH) está diseñado para evaluar el desempeño del estudiante en cuatro áreas fundamentales: competencias cognitivas, procedimentales, actitudinales y ejes transversales, estas dimensiones permiten determinar el nivel de desarrollo del interno en la atención primaria en salud, su capacidad de aplicar el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS-FCI) y su contribución en la gestión sanitaria comunitaria. Es importante mencionar que, uno de los aspectos clave en el desarrollo de competencias es la capacidad del estudiante para aplicar herramientas epidemiológicas, generar proyectos comunitarios y coordinar estrategias sanitarias en la comunidad, además, se enfatiza la importancia de la ética profesional, la bioseguridad y el trabajo en equipo, elementos esenciales para garantizar una práctica de calidad en entornos comunitarios, a continuación, se describen las cuatro áreas de competencias:

#### **Competencias Procedimentales**

- ✓ Elaboración del diagnóstico situacional y desarrollo de microproyectos de intervención.
- ✓ Aplicación del esquema de vacunación vigente del Ministerio de Salud Pública.
- ✓ Uso de herramientas del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS-FCI) como mapas parlantes y salas situacionales.
- ✓ Participación en programas de prevención de enfermedades dirigidos a niños, mujeres, adultos y adultos mayores.
- ✓ Manejo adecuado de hojas de registro en la Historia Clínica y otros sistemas de vigilancia epidemiológica.
- ✓ Identificación de factores de riesgo según determinantes de salud y aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE).
- ✓ Desarrollo de actividades de promoción de la salud según ciclos de vida (ferias de salud, charlas educativas).
- ✓ Aplicación de casos clínicos con diagnóstico de riesgo, integrando el pensamiento crítico y la toma de decisiones en salud comunitaria.

- ✓ Cumplimiento de capacitaciones obligatorias en la plataforma virtual del Ministerio de Salud Pública.
- ✓ Planificación y ejecución de visitas domiciliarias con el equipo de atención integral de salud.

### **Competencias Cognitivas**

- ✓ Conocimiento de los programas de salud del MSP.
- ✓ Aplicación de fisiopatología y farmacología en los programas comunitarios.
- ✓ Comprensión y manejo del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS-FCI.
- ✓ Uso adecuado de terminología científica en el Proceso de Atención de Enfermería.
- ✓ Integración de principios de bioseguridad y buenas prácticas clínicas.
- ✓ Participación en actividades administrativas dentro del centro de salud comunitario.

### **Competencias Actitudinales**

- ✓ Puntualidad y cumplimiento de asignaciones en la unidad operativa asignada.
- ✓ Presentación adecuada del uniforme profesional.
- ✓ Aplicación de principios éticos y bioéticos en la práctica profesional.
- ✓ Desarrollo de habilidades de liderazgo en la gestión sanitaria.
- ✓ Fortalecimiento de buenas relaciones interpersonales con pacientes y equipos de salud.

### **Ejes Transversales**

- ✓ Comunicación escrita y oral en la elaboración de informes comunitarios.
- ✓ Uso de herramientas digitales y TICs para la educación en salud.
- ✓ Aplicación del método científico en la resolución de problemáticas de salud.
- ✓ Uso de la Historia Clínica como fuente de información e investigación epidemiológica.

Ahora bien, para cumplir con las competencias específicas del internado rotativo en el área de atención primaria en salud es importante que se vayan adquiriendo habilidades, las mismas que permiten al estudiante **adquirir, aplicar y transferir conocimientos** en contextos académicos y profesionales, estas se dividen en dos grandes grupos:

- ✓ **habilidades duras**, que son técnicas y específicas de la carrera, y
- ✓ **habilidades blandas**, que son transversales y socioemocionales, en todo caso ambas son esenciales para la formación integral del estudiante, ya que no solo preparan para ejecutar tareas prácticas, sino también para interactuar, liderar y adaptarse al entorno social y laboral.

En el contexto del **internado rotativo en enfermería comunitaria**,

- ✓ Las **habilidades duras** deben ser adquiridas progresivamente desde los primeros niveles de formación, ya que conforman la **base técnica y científica** del ejercicio profesional en este sentido procedimientos como la valoración clínica, el manejo del PAE, la administración de medicamentos y el uso de tecnologías sanitarias deben dominarse antes de iniciar el **internado rotativo**, permitiendo al estudiante aplicar estos conocimientos de forma segura y eficiente en entornos comunitarios, de esta manera su dominio garantiza la capacidad del interno para ejecutar intervenciones clínicas, gestionar actividades preventivas y participar activamente en la **resolución de problemas de salud pública**. Por otra parte,
- ✓ Las **habilidades blandas** deben desarrollarse a lo largo de toda la carrera, consolidándose durante el internado, donde el estudiante enfrenta situaciones reales que requieren comunicación efectiva, empatía, liderazgo y toma de decisiones éticas, ambas son fundamentales para que el futuro enfermero no solo cumpla su rol técnico, sino también se convierta en un agente de cambio en la salud comunitaria, de esta manera su importancia radica en que un profesional empático, ético y resiliente es capaz de generar impacto positivo en la comunidad, promoviendo el autocuidado y la sostenibilidad de las intervenciones sanitarias.

A continuación, se presenta el conjunto de habilidades:

### **Habilidades Duras**

- Valoración Clínica Integral
- Manejo del Proceso de Atención de Enfermería
- Procedimientos de Enfermería
- Gestión Sanitaria
- Tecnología y Herramientas Digitales
- Investigación en Salud Comunitaria

### **Habilidades Blandas**

- Comunicación Efectiva
- Empatía y Sensibilidad Social
- Trabajo en Equipo y Colaboración
- Liderazgo y Resolución de Problemas
- Ética Profesional y Responsabilidad
- Adaptabilidad y Resiliencia

### **1.5 Integración del internado con la realidad sanitaria del país y la comunidad**

El internado rotativo en enfermería comunitaria representa una oportunidad única para que el estudiante se inserte en la realidad sanitaria del país, ¿Cómo?, comprendiendo los desafíos y oportunidades del sistema de salud desde la vivencia directa en los territorios, de esta manera no solo fortalece las competencias profesionales, sino que además vincula el aprendizaje con el contexto socioeconómico, cultural y epidemiológico de la comunidad, potenciando la capacidad del futuro profesional para generar un impacto positivo y sostenible en la salud pública. En Ecuador, el sistema de salud se encuentra guiado por el Modelo de Atención Integral en Salud con Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), el mismo que prioriza la:

- ✓ Promoción de la salud,
- ✓ prevención de enfermedades y
- ✓ Atención integral de la población,

En este marco, el interno de enfermería comunitaria se integra al primer nivel de atención, participando en actividades como:

- ✓ visitas domiciliarias,
- ✓ control de enfermedades crónicas,
- ✓ vigilancia epidemiológica y
- ✓ promoción de estilos de vida saludables, respondiendo a las problemáticas concretas de cada comunidad.

Así mismo otro aspecto importante a considerarse en la integración del Interno de Enfermería comunitaria es la realidad sanitaria ecuatoriana en estos momentos esta presenta retos estructurales que impactan la atención en salud, como la:

- ✓ Desigualdad en el acceso a servicios básicos,
- ✓ La alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes, hipertensión),

- ✓ Desnutrición infantil,
- ✓ Violencia de género,
- ✓ Embarazo adolescente
- ✓ Enfermedades infecciosas
- ✓ La inseguridad y peligrosidad que se vive a nivel país

Estos retos requieren una actuación profesional basada en la evidencia, el compromiso social y el liderazgo comunitario, competencias que el interno desarrolla durante su práctica en campo. A continuación, se presenta una síntesis de los desafíos del internado rotativo en Enfermería comunitaria:

### **Inseguridad y Violencia**

- Riesgos en Visitas Domiciliarias
- Desafíos de Movilidad

### **Infraestructura Deficiente**

- Insumos Médicos Limitados
- Escasez de Recursos

### **Brechas Digitales**

- Acceso Restringido a Plataformas
- Herramientas de Telemedicina Limitadas

### **Desafíos de Comunicación**

- Necesidades de Adaptación
- Diversidad Cultural

Sin embargo, durante esta experiencia, el interno aprende a enfrentar situaciones adversas, tomando decisiones basadas en principios bioéticos y normativas nacionales, como la Norma Técnica de Unidades Asistenciales Docentes (MSP, 2013), que regula su accionar y garantiza la calidad de la práctica profesional, además, el internado rotativo promueve una visión crítica y reflexiva, en la que el estudiante no solo aplica conocimientos, sino que también evalúa la efectividad de las intervenciones, sistematiza experiencias y propone mejoras para la atención comunitaria, contribuyendo al fortalecimiento del sistema de salud desde la práctica y la investigación.

En suma, la integración del internado con la realidad sanitaria nacional permite que el estudiante de enfermería transite del conocimiento teórico a la acción concreta, desarrollando competencias que lo preparan para ejercer con responsabilidad y compromiso social, transformando al interno en un actor clave en la salud comunitaria, capaz de responder a las necesidades de la población y de contribuir activamente al cumplimiento de los objetivos sanitarios del país.

A continuación, se las oportunidades del internado rotativo en Enfermería comunitaria

### **Formación Integral**

- Adquisición y fortalecimiento de habilidades esenciales para el desempeño profesional en salud, integrando aspectos técnicos, científicos y humanísticos.

### **Contribución a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)**

- Alineación de las acciones de enfermería comunitaria con las metas globales establecidas por la Agenda 2030, especialmente en salud y bienestar, igualdad de género y reducción de desigualdades.

### **Desarrollo de Liderazgo**

- Organización y gestión de iniciativas en salud pública que promuevan la participación activa de la comunidad y el liderazgo responsable de los futuros profesionales de enfermería.

### **Aplicación de Conocimientos**

- Desarrollo de competencias en escenarios reales mediante la práctica en contextos clínicos y comunitarios, asegurando la transferencia del aprendizaje teórico a la acción profesional.

### **Inmersión Comunitaria**

- Participación directa en la realidad de la salud local, favoreciendo la comprensión de los determinantes sociales de la salud y la integración del estudiante como agente de cambio en la comunidad.

Finalizada la sección teórica, se invita al estudiante a abordar un caso práctico donde pondrá en juego las habilidades y competencias necesarias para desenvolverse eficazmente durante su internado.

### **Estudio de Caso Expectativas, Retos y Autoconocimiento Contexto**

Carlos es estudiante de enfermería, inicia su internado rotativo en una unidad operativa urbana en su primer día, es presentado al equipo de salud y se le asigna acompañar algunas actividades comunitarias para familiarizarse con la dinámica del centro y la población.

Durante la inducción, se le explica que deberá aplicar el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS-FCI), utilizar herramientas digitales para registro de datos y participar activamente en estrategias de prevención y promoción. Sin embargo, Carlos se siente inseguro sobre cómo enfrentar los desafíos que le esperan: desconoce la zona, le preocupa la inseguridad del barrio, y siente

que aún necesita mejorar su comunicación con pacientes y su liderazgo en equipo.

Además, observa que hay escasez de insumos, alta demanda de atención y una fuerte necesidad de empatía y compromiso social por parte del personal, lo cual lo lleva a cuestionarse: ¿Está realmente preparado para aportar desde su rol como interno?

### **Reflexión del Estudiante**

Carlos reflexiona sobre sus fortalezas y debilidades, recordando que ha adquirido conocimientos clave durante su formación, pero que ahora es el momento de aplicarlos en la práctica, integrarse al equipo, respetar las normas y sobre todo, entender la realidad sanitaria de la comunidad donde va a desempeñarse.

### **Preguntas de Reflexión**

1. ¿Qué habilidades blandas y duras necesita fortalecer Carlos para iniciar su internado con seguridad?
2. ¿Qué estrategias puede usar para adaptarse a la realidad sanitaria de la comunidad?
3. ¿Cómo puede manejar la ansiedad y la inseguridad inicial al enfrentarse a un nuevo entorno?
4. ¿Qué valores y actitudes son clave para integrarse al equipo de salud y ganarse la confianza de la comunidad?
5. ¿Cómo debe prepararse para enfrentar limitaciones de recursos y otros desafíos comunes del primer nivel de atención?

Finalmente, el análisis de la APS abre paso a la aplicación práctica del Proceso de Atención de Enfermería en el internado rotativo, donde los estudiantes consolidan competencias en escenarios comunitarios reales.

## Referencias bibliográficas

- AACN,. (17 de 03 de 2025). *American Association of Colleges of Nursing*.  
Obtenido de Essentials of baccalaureate education for professional  
nursing practice. AACN: <https://www.aacnnursing.org>
- Alfika Safitri, N. A. (2023). Laporan Hasil Praktik Profesi Asuhan Keperawatan  
Komunitas Di Kelurahan Periuk Jaya Rt 03/Rw 04 Kecamatan Periuk Kota  
Tangerang 2023. *DIAGNÓSTICO: Jurnal Ilmu Kesehatan Dan  
Keperawatan*, 17-24. doi:[https://doi.org/10.59581/diagnosa-  
widyakarya.v1i3.838](https://doi.org/10.59581/diagnosa-widyakarya.v1i3.838)
- Alvear, G. M. (27 de noviembre de 2017). Violencia y salud pública: reflexiones  
en torno al enfoque de riesgo. *Interdisciplina, Volumen 6* (número 15 ),  
125-135. doi:doi:  
<http://dx.doi.org/10.22201/ceiich.24485705e.2018.15.63842>
- Amaro Cano, M. d. (2004). Florence Nightingale, la primera gran teórica de  
enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 20. Recuperado el 06 de 03  
de 2025, de  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-  
03192004000300009&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000300009&lng=es&tlng=es)
- ANMAC. (2023). *Accreditation standards for nursing education in Australia*.  
ANMAC. Obtenido de Accreditation standards for nursing education in  
Australia. ANMAC: <https://www.anmac.org.au>
- Carvalho et. al, G. L. (2024). O poder do ato de nomear: o compromisso do  
IBGE diante das favelas e comunidades urbanas brasileiras. *Ciência &  
Saúde Coletiva. Ciência & Saúde Coletiva*.  
doi:<https://doi.org/10.1590/1413-812320242911.04232024>
- CES. (2023). *Consejo de Educación Superior*.  
doi:[https://gaceta.ces.gob.ec/resultados.html?id\\_documento=251023](https://gaceta.ces.gob.ec/resultados.html?id_documento=251023)
- CIE . (2021). *Código de ética del cie para las enfermeras revisado en 2021*. (CIE,  
Ed.) Ginebra: Place Jean Marteau. Recuperado el 28 de 02 de 2025, de  
[tps://www.icn.ch](https://www.icn.ch)
- Conti et al., C. A. (2021). La enfermera familiar y comunitaria: una visión general  
de la práctica de la profesión en Europa. *Asistencia Inferm*, 40(3):131-  
136. doi: <https://doi.org/10.1702/3694.36821>

- Diana Guzys, R. B. (2020). Introducción a la atención primaria y comunitaria en salud. *Cambridge*, 460. doi:<https://doi.org/10.1017/9781108868396>
- Díaz et al., D. B. (2019). El rol del profesional de enfermería en el sistema de atención primaria de salud en Ecuador. *Universidad, ciencia y tecnología*( Vol. 21, N° 02 2019), 140-144. Recuperado el 10 de 03 de 2025, de <https://uctunexpo.autanabooks.com/index.php/uct/article/view/231>
- Espinosa et al. (15 de 07 de 2022). Rol de Enfermería en la atención de salud pública. Vol. 6, No. Esp.44, 2022. doi: <https://journalprosciences.com/index.php/ps/issue/view/44>
- Iwamoto, S. (2023). Desarrollo de una teoría del cuidado comunitario para la enfermería de salud pública. *Healthcare*, 11. doi:<https://doi.org/10.3390/healthcare11030349>
- Koithan, M. J. (2018). Enfermería integradora en la comunidad. *Enfermería integradora, edición en línea, Oxford Academic*, 444-460. doi:<https://doi.org/10.1093/med/9780190851040.003.0030>
- Lalani, M. F. (2019). Transformación de los servicios de enfermería comunitaria en el Reino Unido: lecciones de una evaluación participativa de la implementación de un nuevo modelo de enfermería comunitaria en el este de Londres basado en los principios del modelo holandés Buur. *BMC Health Services Research*, 19. doi:<https://doi.org/10.1186/s12913-019-4804-8>
- Mary Gobbi y Marja Kaunonen, e. (2018). *Guidelines and Reference Points for the Design and Delivery of Degree Programmes in Nursing*. Groningen: Universidad de Groningen. doi:WP-4-Del.-1.4-Guidelines-and-Reference-Points-for-the-Design-and-Delivery-of-Degree-Programmes-in-Nursing-FINAL-28NOV18
- Mina-Villalta, G. Y.-B. (2023). Enfermería Comunitaria y su Contribución a la Salud Pública en Ecuador. *Revista Científica Zambos*, 41-55. doi:<https://doi.org/10.69484/rcz/v2/n1/37>
- MSP. (16 de enero de 2024). Comunicado: MSP garantiza el bienestar de usuarios y personal sanitario en establecimientos de salud. Quito, Pichincha, Ecuador. Recuperado el 11 de marzo de 2025, de <https://www.salud.gob.ec/comunicado-msp-garantiza-el-bienestar-de-usuarios-y-personal-sanitario-en-establecimientos-de->

salud/#:~:text=establecimientos%20de%20salud-  
,COMUNICADO:%20MSP%20garantiza%20el%20bienestar%20de%20  
usuarios%20y,sanitario%20en%20establ

MSP-CES. (23 de junio de 2015). *Salud.gob.ec*, Registro Oficial Suplemento 377 de 18-nov.-2014. (M. d. Superior, Editor) doi:<https://www.salud.gob.ec/articulacion-academica/>

Ni Luh et. al, P. I. (07 de 02 de 2023). Philosophy of Science on The Development of Palliative Nursing Practice in The Implementation of Long-Term Care for The Elderly: A Literature Review. *Jurnal Info Kesehatan*, Vol. 21, No. 2, June 2023, pp. 226-238(P-ISSN 0216-504X, E-ISSN 2620-536X). doi:<https://doi.org/10.31965/infokes.Vol21Iss2.1064>

OMS. (2020). *Situación de la enfermería en el mundo 2020: invertir en educación, empleo y liderazgo*. Ginebra: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Recuperado el 25 de 02 de 2025, de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240003279>

OPS. (10 de 04 de 1976). "Informe Del Comité Del Programa de Libros de Texto de La OPS/OMS Para La Enseñanza de Enfermería En Salud Comunitaria,". *Organización Panamericana de la Salud*, 10(4), 372-388. doi:<https://iris.paho.org/handle/10665.2/39454>

OPS. (11 de 04 de 2024). *Organización Panamericana De La Salud*, file:///C:/Users/Usuario/Downloads/gtmanalisisbarrerasaccesoassen22dms4das.pdf. Recuperado el 11 de marzo de 2025, de ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD: <https://www.paho.org/es/documentos/analisis-barreras-acceso-servicios-salud-valoracion-condiciones-esenciales-22-distritos>

Red Cubana de Enfermería Comunitaria. (25 de 02 de 2025). *Red Cubana de Enfermería Comunitaria*. (C. N. Médicas, Editor, & r. Infomed, Productor) Obtenido de red Infomed: <https://temas.sld.cu/redenfermeriacomunitaria/acerca-de/que-es-la-enfermeria-comunitaria/>

Romero, E. S. (2024). Rol de la enfermería en la salud comunitaria. *Revista científica mundo de la investigacion y el conocimiento - RECIMUNDO*, 445-453. doi:10.26820/recimundo/8

Rubio-Domínguez, S. (2008). Principios y valores que guían el ejercicio. *Revista CONAMED*, 22-26. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3622420>

Scovil, E. R. (1927). Florence Nightingale's Notes on Nursing. *The American Journal of Nursing*, 27(5), 355-357. doi:<https://doi.org/10.2307/3408721>

Shareefa et al., S. .. (2024). The Role of Nursing in Community Participation in Health Facilities. *Estudios evolutivos en la cultura imaginativa*, 1365-1368. doi:<https://doi.org/10.70082/esiculture.vi.1449>

## **CAPITULO 2: FUNDAMENTOS FILOSÓFICOS Y TEÓRICOS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA COMUNITARIA**

La filosofía, cuyo significado etimológico proviene del griego *philos* (amor) y *sophia* (sabiduría), es una disciplina que se ocupa del estudio racional, crítico y reflexivo de los fundamentos del conocimiento, la realidad, la moral y la existencia, es decir no es simplemente un conjunto de teorías abstractas, sino una forma de pensamiento que orienta a la acción consciente, al cuestionamiento del sentido de la vida y al análisis profundo de los valores que rigen la conducta humana. Desde sus orígenes en la Grecia clásica, con pensadores como Sócrates, Platón y Aristóteles, la filosofía se ha constituido como un saber que busca comprender las causas últimas y los principios rectores del ser humano y su entorno, en el ámbito de la salud y la enfermería, proporciona las bases para reflexionar sobre el acto de cuidar como una acción ética, consciente y socialmente responsable. De esta manera, la filosofía, entendida como el amor al saber, está presente en todas las áreas. (Griffin, 1980) (Ni Luh et. al, 2023) (Fernando Riegel, 2023)

**Objetivo del capítulo:** Explorar los fundamentos filosóficos que sustentan el cuidado en la práctica comunitaria, analizando las corrientes, métodos y problemas filosóficos que permiten una comprensión profunda, ética y contextualizada de la atención de enfermería.

### **Finalidad de aprendizaje:**

- ✓ Explicar las bases filosóficas del cuidado y su aporte a la práctica comunitaria.
- ✓ Distinguir metaparadigma y paradigmas de enfermería y argumentar su pertinencia en el ámbito comunitario.
- ✓ Comparar modelos y teorías (Nightingale, Roy, Orem, Watson, Leininger) para su aplicación en comunidad.
- ✓ Aplicar el PAE en individuo, familia y comunidad, integrando juicio clínico y enfoque intercultural.
- ✓ Elaborar diagnósticos de enfermería y planes de cuidado vinculados a determinantes sociales y ciclo vital.
- ✓ Reflexionar críticamente sobre los límites y alcances de los modelos teóricos en escenarios reales.

### **Preguntas de reflexión:**

1. ¿Qué aportes puede ofrecer la filosofía a la práctica de enfermería comunitaria?
2. ¿Cómo influyen los principios ontológicos y epistemológicos en la manera en que entendemos el cuidado?
3. ¿De qué forma la reflexión filosófica puede transformar el rol de la enfermera en contextos comunitarios diversos?

### **Temas:**

- ✓ Bases filosóficas para el cuidado de Enfermería Comunitaria
- ✓ Metaparadigma y paradigmas Enfermeros, ampliación para la práctica comunitaria
- ✓ Modelos y teorías de Enfermería aplicados a la Enfermería Comunitaria
- ✓ Proceso de atención de enfermería (PAE) para el cuidado del individuo, familia y comunidad.

## **2.1 Bases Filosóficas para el cuidado de Enfermería comunitaria**

Las bases filosóficas comprenden los principios que fundamentan las distintas formas de reflexión y análisis sobre el mundo y el ser humano, a continuación, se presentan algunas bases que utilizaremos para relacionarlas con el cuidado de enfermería:

- ✓ **Ontología:** Estudia el ser, la existencia y la realidad, en enfermería, se traduce en comprender al paciente como un ser integral, con cuerpo, mente, emociones y entorno. (Raile, 2023)
- ✓ **Epistemología:** Analiza la naturaleza del conocimiento, su origen, límites y validez, permite cuestionar cómo se construye el conocimiento en enfermería y su relación con la evidencia científica.
- ✓ **Ética:** Reflexiona sobre la moral, los valores y la conducta humana, es esencial para la toma de decisiones que respeten la dignidad y derechos del paciente.
- ✓ **Lógica:** Examina las estructuras del razonamiento válido, favorece un pensamiento crítico necesario para la resolución de problemas en la atención de salud.

- ✓ **Estética:** Se ocupa de la belleza y la experiencia artística, y en salud se traduce en la armonía del entorno de cuidado y la humanización de la atención.

### **Métodos Filosóficos** (Raile, 2023)

Los métodos filosóficos son herramientas utilizadas para abordar problemas filosóficos. Algunos de los más relevantes son:

- ✓ **Método Socrático:** Basado en el diálogo y la mayéutica, fomenta el pensamiento crítico y la reflexión profunda mediante preguntas.
- ✓ **Análisis Conceptual:** Estudio detallado de conceptos clave como salud, cuidado, autonomía, y comunidad, esenciales para fundamentar la práctica.
- ✓ **Fenomenología:** Análisis de la experiencia subjetiva, permite entender cómo viven los pacientes su proceso de salud-enfermedad (Bishop & Scudder, 1999).
- ✓ **Hermenéutica:** Interpretación de textos y significados, ayuda a comprender los contextos culturales y sociales que rodean al paciente (Rémy-Largeau, 2011).
- ✓ **Dialéctica:** Método basado en la confrontación de ideas para llegar a una síntesis, útil para resolver conflictos éticos o prácticos en la comunidad.
- ✓ **Filosofía del Cuidado: Holismo y Humanismo;** El **holismo** considera al individuo como un todo indivisible, y el **humanismo** centra la atención en la dignidad, libertad y valor intrínseco del ser humano, en el cuidado comunitario, estas corrientes son esenciales para atender la salud en contextos sociales y culturales diversos.

A partir de las corrientes y métodos filosóficos se construye una base sólida para comprender a la enfermería comunitaria como una práctica reflexiva y humanista, a partir de ello emergen nociones clave que orientan el cuidado como acto ético, social y transformador, fundamentando la relación profesional-comunidad más allá del quehacer técnico, las mismas que se presentan a continuación:

### **Sabiduría práctica**

- Conocimiento
- Experiencia
- Juicio ético

### **Justicia**

- Equidad
- Determinantes sociales

### **Compromiso ético**

- Responsabilidad moral
- Cumplimiento normativo

### **Persona**

- Ser social
- Dignidad intrínseca

### **Autonomía**

- Decisión propia
- Participación activa

**Grandes problemas filosóficos aplicados al cuidado comunitario** (Pinto et. al, 2017) Desde la antigüedad, la filosofía ha girado en torno a tres grandes preguntas fundamentales que orientan la reflexión sobre el cuidado:

- ✓ **¿Quién soy?**
- ✓ **¿Qué puedo conocer?** y
- ✓ **¿Qué debería hacer?**

Estos interrogantes estructuran el pensamiento filosófico en tres dominios interrelacionados:

- ✓ **El ser,**
- ✓ **El conocer** y
- ✓ **El actuar**

Fundamentales para comprender la práctica enfermero desde una dimensión humana, social y ética. A continuación, se describen cada uno de los problemas filosóficos relacionándolos con el cuidado que debe ejercer el enfermero en la atención primaria en salud:

### **Problema del Ser - ¿Quién soy?**

Esta pregunta aborda la naturaleza del ser humano, su esencia, su existencia, su relación con el entorno y el cosmos, es decir todo por lo cual está hecho, un ser holístico, único, con creencias, valores, y espiritualidad, en la práctica de enfermería comunitaria, este cuestionamiento se traduce en comprender a la persona, la familia y a la comunidad como sujetos del cuidado, dotados de dignidad, historia, cultura y espiritualidad.

### **Disciplinas filosóficas relacionadas con el ser:**

- ✓ **Ontología:** estudia el ser en cuanto ser, su estructura, existencia y propiedades, nos permite reflexionar sobre el ser de la persona y su valor en el acto de cuidar.
- ✓ **Antropología filosófica:** analiza al ser humano como totalidad, considerando cuerpo, mente, espíritu, historicidad y su capacidad de trascendencia.
- ✓ **Cosmología:** estudia el universo como totalidad, su aplicación en enfermería está enfocada para reflexionar sobre la ecoddependencia y la sostenibilidad de las acciones de salud.
- ✓ **Teología:** reflexión sobre la dimensión trascendente del ser, la fe y la espiritualidad, orienta el cuidado espiritual y el respeto a las creencias, costumbres y culturas en la atención comunitaria.

### **Aplicación en enfermería comunitaria**

- ✓ Invita al enfermero a reflexionar sobre su identidad profesional, su rol en la sociedad y su relación con los sujetos de cuidado.
- ✓ Además, permite ver al otro no como un receptor pasivo, sino como un ser integral con identidad, valores y derecho a decidir sobre su salud. Por ejemplo, en comunidades indígenas, el reconocimiento del ser implica comprender y valorar prácticas ancestrales, tradiciones y roles familiares.

### **Problema del Conocer - ¿Qué puedo saber?**

Esta pregunta se refiere a la capacidad humana de conocer la realidad, de validar ese conocimiento y de usarlo para transformar su entorno, en la enfermería, el conocimiento científico, la evidencia empírica y el saber popular se combinan para sustentar el cuidado.

### **Disciplinas filosóficas relacionadas con el conocer:**

- ✓ **Epistemología:** estudia los fundamentos, métodos y límites del conocimiento, en enfermería, orienta la práctica basada en evidencia y la reflexión crítica sobre las fuentes de información.
- ✓ **Lógica:** analiza la coherencia y validez de los razonamientos, así mismo en su aplicación en la toma de decisiones clínicas y comunitarias.

- ✓ **Filosofía de la ciencia:** estudia el desarrollo del conocimiento científico y su impacto social, permite contextualizar el cuidado dentro de los paradigmas científicos actuales.

### **Aplicación en enfermería comunitaria:**

- ✓ Interpela sobre los límites y posibilidades del conocimiento.
- ✓ Facilita la evaluación crítica de la información, la elaboración de diagnósticos comunitarios precisos, entrevistas participativas y el diseño de intervenciones fundamentadas en datos epidemiológicos desde una perspectiva colaborativa y crítica.

### **Problema del Actuar - ¿Qué debo hacer?**

Esta pregunta aborda la conducta humana, la acción, y la elección del bien, en la enfermería, implica reflexionar sobre la responsabilidad ética y social de las acciones, la justicia en salud y la dignidad de las personas.

### **Disciplinas filosóficas relacionadas con el actuar:**

- ✓ **Ética:** estudia los principios del bien y el mal, la libertad, la responsabilidad y el deber, así como es fundamental en la toma de decisiones morales en la atención comunitaria.
- ✓ **Axiología:** analiza los valores y su jerarquía, lo cual permite priorizar la equidad, la justicia y la solidaridad.
- ✓ **Estética:** reflexiona sobre la belleza y la armonía, incluso en el acto de cuidar, en enfermería se aplica al cuidado humanizado y respetuoso.
- ✓ **Filosofía social:** analiza las relaciones de poder, justicia y organización social, principios fundamentales en la promoción de la equidad en salud.

### **Aplicación en enfermería comunitaria:**

- ✓ Orienta la acción ética, la defensa de los derechos de las comunidades, el respeto cultural y la toma de decisiones solidarias y justas.
- ✓ Ejemplos concretos incluyen la implementación de programas de salud reproductiva con enfoque de género, la promoción de derechos en poblaciones migrantes o el acompañamiento de adultos mayores en situación de abandono.

Reflexionar filosóficamente sobre estas preguntas enriquece la práctica de enfermería comunitaria, ya que permite al profesional situarse críticamente, actuar con sentido ético y comprender la diversidad humana más allá de lo clínico, a continuación, se presenta una síntesis para mayor entendimiento del estudiante:

**Tabla 1:** Síntesis de los problemas filosóficos aplicado al cuidado de enfermería.

| <b>Problema filosófico</b> | <b>Preguntas centrales</b> | <b>Disciplinas Filosóficas</b>                            | <b>Aplicación en Enfermería Comunitaria</b>                                          |
|----------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>El Ser</b>              | ¿Quién soy?                | Ontología, Antropología, Filosófica, Cosmología, Teología | Comprensión holística de la persona/comunidad, respeto a la dignidad, espiritualidad |
| <b>El Conocer</b>          | ¿Qué puedo saber?          | Epistemología, Lógica, Filosofía de la Ciencia            | Evaluación crítica del conocimiento, toma de decisiones fundamentadas.               |
| <b>El Actuar</b>           | ¿Qué debo hacer?           | Ética, Axiología, Estética, Filosofía Social              | Acción responsable, justicia social, cuidado humanizado, empoderamiento comunitario  |

**Fuente:** Elaboración propia

La filosofía dota a la enfermería comunitaria de sentido, profundidad y orientación ética, no se limita al conocimiento técnico, sino que impulsa la reflexión sobre el valor del cuidado, el respeto a la persona, la justicia en salud y el compromiso social, por tanto, los estudiantes del internado deben integrar estos principios filosóficos en cada acción de cuidado, entendiendo que cuidar es, ante todo, un acto humano, ético y transformador.

## **2.2 Metaparadigma y Paradigmas Enfermeros - Ampliación para Práctica Comunitaria**

El metaparadigma y los paradigmas enfermeros son estructuras conceptuales esenciales que permiten la organización del conocimiento y la práctica profesional. (Chila et. al., 2023) En la enfermería comunitaria, estos marcos permiten desarrollar intervenciones que respetan la cultura, necesidades y dinámicas sociales de las comunidades. Este capítulo ampliado busca analizar

la evolución, funciones y relación filosófica de estos conceptos, con base en literatura científica real.

## **Evolución y Función del Metaparadigma**

El concepto de metaparadigma fue introducido para unificar el campo enfermero bajo principios comunes, en este sentido su función es definir los límites de la disciplina y guiar la investigación, educación y atención. Por otra parte, su relevancia en la práctica comunitaria radica en la necesidad de entender la salud desde una perspectiva holística e integradora, que aborde no solo a los individuos sino a los colectivos, el metaparadigma está compuesto por los conceptos de persona, salud, entorno y enfermería, los que se interrelacionan de la siguiente manera:

**Tabla 2:** Elementos del Metaparadigma Enfermero

| <b>Elemento</b>   | <b>Definición aplicada</b>                               | <b>Base filosófica relacionada</b>                                  |
|-------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <b>Persona</b>    | Individuo, familia o comunidad con necesidades de salud. | Ontología - naturaleza del ser (Branch et al., 2016)                |
| <b>Salud</b>      | Bienestar integral dinámico y adaptativo.                | Epistemología - naturaleza del conocimiento (Deliktas et al., 2019) |
| <b>Entorno</b>    | Factores sociales, culturales, ambientales.              | Ética - responsabilidad social y justicia (Schim et al., 2007)      |
| <b>Enfermería</b> | Ciencia y arte del cuidado que promueve salud y equidad. | Axiología - valores del cuidado (Taleghani et al., 2013)            |

**Fuente:** Elaboración propia.

Autores recientes proponen la inclusión de tecnología y justicia social como nuevos ejes del metaparadigma, especialmente en el contexto urbano y de salud pública (Chila et. al., 2023). Ahora bien, una vez que se analizó la importancia y aplicabilidad del metaparadigma enfermero, aterrizamos a los paradigmas, estos se centran en cómo se aplica el metaparadigma en situaciones y contextos particulares dentro de la profesión. A continuación, mencionaremos con más detalle este importante tema.

## **Paradigmas Enfermeros: Origen, Definición y Clasificación**

El término "paradigma" fue popularizado en la ciencia por Thomas Kuhn, quien lo definió como un conjunto de creencias, valores y técnicas compartidas por

una comunidad científica que guían su investigación y práctica, no obstante en enfermería, este concepto fue introducido para organizar el conocimiento y orientar la acción profesional frente a contextos cambiantes, en este contexto, la adopción del término en la disciplina fue motivada por la necesidad de consolidar su identidad científica, definir sus propios marcos teóricos y distanciarse de la hegemonía médica. (Fuentes-Ramírez, 2023)

Un paradigma enfermero, por tanto, es un modelo conceptual que establece cómo se entiende la salud, el cuidado, la persona y el entorno, así como la manera en que se generan conocimientos y se desarrollan prácticas, estos tienen como propósito proporcionar coherencia en la toma de decisiones clínicas, la educación y la investigación, respondiendo a la pregunta: ¿Qué enfoque guía nuestra manera de cuidar y conocer? A lo largo del tiempo, la enfermería ha adoptado diversos paradigmas que reflejan su evolución e integración con otras ciencias y corrientes filosóficas. A continuación, mencionamos a los paradigmas o corrientes más importantes en la historia de la enfermería:

**Paradigma de categorización, enfermedad y salud (1850):** Tradicional, basado en el modelo biomédico, tiene algunas características como:

- ✓ Ve la enfermedad principalmente desde una perspectiva física.
- ✓ Enfatiza en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.
- ✓ Centrado en la tecnología y las intervenciones médicas.

Sin embargo, este paradigma puede descuidar los aspectos psicológicos, sociales y espirituales del cuidado.

**Paradigma de integración, persona (1950-1975):** Busca integrar aspectos de otros paradigmas, aunque puede ser complejo de aplicar debido a la necesidad de integrar múltiples perspectivas, entre las características más relevantes están:

- ✓ Reconoce la complejidad del cuidado de la salud y la necesidad de un enfoque multidimensional.
- ✓ Combina elementos biomédicos, psicosociales, espirituales y ambientales.
- ✓ Promueve un enfoque colaborativo y multidisciplinario.

**Paradigma de transformación hacia el mundo (1975):** Este paradigma está más centrado al cambio y la adaptación, así mismo tiene algunas características:

- ✓ Ve a la salud y la enfermedad como procesos dinámicos.
- ✓ Enfatiza en la capacidad de adaptación y resiliencia del individuo y la comunidad.

- ✓ Promueve el empoderamiento del paciente y la participación activa en su cuidado.

Es el paradigma que se utiliza en la actualidad, sin embargo, puede ser desafiante implementar en sistemas de salud rígidos o tradicionales. (Griffin, 1980)

**Paradigma Empírico-Analítico:** Basado en el positivismo, valora la objetividad, la medición y el control de variables, utiliza evidencia cuantitativa, es común en vigilancia epidemiológica y evaluación de programas comunitarios.

**Paradigma Interpretativo:** Centra la atención en comprender las experiencias humanas y significados, emplea métodos cualitativos como entrevistas y observación así mismo, permite entender la vivencia de salud desde la cultura local.

**Paradigma Crítico-Social:** Fomenta la equidad, participación y acción transformadora. Considera el contexto socioeconómico como determinante de la salud. Empodera comunidades vulnerables a través de la abogacía en salud.

**Nuevas Perspectivas Paradigmáticas:** Se reconoce la necesidad de enfoques multiparadigmáticos, que integren diversas visiones para abordar la complejidad de la salud comunitaria. Asimismo, surgen paradigmas centrados en la tecnología del cuidado y la sustentabilidad como claves para la enfermería del siglo XXI.

**Relación con la Práctica en el Internado Rotativo,** Comprender los paradigmas permite a los estudiantes:

- ✓ Reconocer los enfoques dominantes en sus centros de práctica.
- ✓ Adaptar sus intervenciones al contexto real, considerando el paradigma más relevante.
- ✓ Combinar el uso de herramientas técnicas con la reflexión ética y social.
- ✓ Potenciar el empoderamiento atención de las comunidades, más allá de la curativa.

**Tabla 3:** Paradigmas más aplicados en la Enfermería comunitaria.

| <b>Paradigma</b>      | <b>Enfoque</b>           | <b>Persona</b>     | <b>Objeto del cuidado</b>         | <b>Método</b>                       | <b>Rol de la enfermera</b>              |
|-----------------------|--------------------------|--------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>Categorización</b> | Biomédico-Positivista    | Pasiva             | Enfermedad, Síntomas              | Evaluación técnica, protocolos      | Ejecutora técnica                       |
| <b>Integración</b>    | Biopsicosocial-Holístico | Activa             | Bienestar integral                | Proceso enfermero, valoración total | Facilitadora del cuidado                |
| <b>Transformación</b> | Crítico-Humanista        | Proactiva y social | Justicia, equidad, empoderamiento | Investigación participativa         | Agente de cambio, promotora de derechos |

**Fuente:** Elaboración propia.

El metaparadigma y los paradigmas enfermeros ofrecen fundamentos teóricos que permiten desarrollar una enfermería comunitaria crítica, ética y transformadora, su integración con la filosofía fortalece la capacidad del profesional para ofrecer cuidado contextualizado y justo. Seguido del estudio de este tema, se presenta un caso de estudio para su entendimiento en la aplicación práctica;

### **Estudio de Caso: Aplicación del Metaparadigma y Paradigmas en la Enfermería Comunitaria**

**Contexto:** En una comunidad rural con acceso limitado a servicios de salud, se identificó un incremento de enfermedades respiratorias en niños menores de cinco años, el equipo de salud integral conformado por personal de enfermería fue convocado para desarrollar una intervención que respondiera a esta problemática. En este contexto el interno de Enfermería debe reflexionar en lo siguiente:

#### **Aplicación del Metaparadigma:**

- ✓ **Persona:** La comunidad fue reconocida como el sujeto del cuidado, incluyendo no solo a los niños afectados sino a sus familias y cuidadores,

se abordaron sus necesidades desde un enfoque holístico, considerando factores físicos, emocionales y sociales.

- ✓ **Salud:** Se definió la salud como bienestar colectivo, la intervención buscó no solo tratar las enfermedades, sino también promover la prevención, la educación sanitaria y el empoderamiento comunitario.
- ✓ **Entorno:** Se evaluaron factores ambientales como la calidad del aire, condiciones de vivienda, acceso a agua potable y saneamiento, se trabajó con líderes comunitarios para mejorar estos determinantes sociales de la salud.
- ✓ **Enfermería:** Los profesionales de enfermería actuaron como facilitadores del cambio, promoviendo el autocuidado, la vigilancia epidemiológica y la gestión comunitaria de la salud, se respetaron los valores culturales y se incentivó la participación activa de la comunidad.

### **Aplicación de Paradigmas:**

- ✓ Desde el **paradigma empírico-analítico**, se recolectaron datos sobre la prevalencia de enfermedades y se evaluaron indicadores de impacto de la intervención.
- ✓ Desde el **paradigma interpretativo**, se realizaron entrevistas y grupos focales para comprender la experiencia de los cuidadores y su percepción sobre la salud infantil.
- ✓ Desde el **paradigma crítico-social**, se impulsaron acciones colectivas para exigir mejores condiciones ambientales y se promovió la equidad en el acceso a recursos sanitarios.

Es importante recordar, que, los fundamentos filosóficos y conceptuales del metaparadigma y los paradigmas enfermeros guían y potencian la práctica comunitaria.

## **2.3 Modelos y Teorías de Enfermería aplicados a la Enfermería Comunitaria**

Los modelos y teorías de enfermería son construcciones conceptuales que guían la práctica, la investigación y la educación, estos se derivan de los fundamentos filosóficos, se articulan con el metaparadigma y responden a paradigmas específicos, de igual manera para la enfermería comunitaria, estos modelos ofrecen marcos prácticos para planificar, ejecutar y evaluar

intervenciones adaptadas al contexto colectivo, permitiendo entender, prever y modificar los fenómenos relacionados con la salud de las comunidades, con una base científica y filosófica sólida (Raile, 2023).

**Tabla 4:** Diferencias entre modelos y teorías.

| <b>Concepto</b> | <b>Definición</b>                                                                                                                                                                                                | <b>Aplicación en la Práctica Comunitaria</b>                                                                                                                                                                      | <b>Diferencia Clave</b>                                                                                                      |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Modelo</b>   | Representación abstracta y general que orienta la manera de comprender el cuidado, suele estructurar marcos de referencia amplios, integrando valores filosóficos, componentes del entorno y objetivos globales. | Se emplea para organizar la atención en comunidades completas, como en el caso del Modelo de Adaptación de Roy que estructura intervenciones para poblaciones en crisis.                                          | Más abstracto, define la visión general del cuidado y estructura los componentes sin detallar las interacciones específicas. |
| <b>Teoría</b>   | Conjunto de conceptos interrelacionados que explican fenómenos específicos, tiene un enfoque más aplicado que permite generar acciones concretas.                                                                | Se utiliza en situaciones específicas, como la Teoría del Cuidado Humano de Watson para acompañamiento emocional o la Teoría del Déficit de Autocuidado de Orem para fomentar el autocuidado en personas mayores. | Más concreta, permite explicar, predecir y guiar intervenciones específicas en situaciones particulares.                     |

**Fuente:** Elaboración propia.

**Relación Filosófica:** La filosofía proporciona los fundamentos ontológicos (qué es el ser), epistemológicos (cómo se conoce) y axiológicos (qué valores orientan) sobre los que se construyen modelos y teorías, de tal manera, el cuidado comunitario se basa en comprender a la comunidad como un "ser colectivo" (ontología), construir conocimiento desde la experiencia local (epistemología) y valorar la equidad y justicia social (axiología) (Griffin, 1980).

**Relación con Metaparadigma y Paradigmas:** Los modelos desarrollan y operacionalizan los conceptos del metaparadigma: persona, salud, entorno y enfermería, así también, se alinean con paradigmas como el empírico-analítico (modelos basados en evidencia), interpretativo (centrados en la experiencia) o crítico-social (enfocados en la transformación social), esta estructura conceptual descrita por Fawcett (1996) posiciona al metaparadigma como base, seguido de la filosofía, modelos conceptuales, teorías e indicadores empíricos (Raile, 2023). A continuación, se mencionan algunas teorías y modelos de enfermería aplicados a la enfermería comunitaria:

**Tabla 5:** Teoría del Entorno - Florence Nightingale (Raile, 2023)

| Elemento            | Descripción                                                                                                                                                     |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Filosofía           | Higiene y salubridad como pilares fundamentales de la salud.                                                                                                    |
| Metaparadigma       | El entorno es el eje central del cuidado; la salud se concibe como una reparación natural del cuerpo.                                                           |
| Paradigma           | Orientado hacia la categorización en salud pública y condiciones ambientales del cuidado.                                                                       |
| Aplicación, ejemplo | Mejora del ambiente en comunidades y hogares; implementación de normas de salubridad e higiene; atención domiciliaria para prevenir enfermedades transmisibles. |

**Fuente:** Elaboración propia.

**Tabla 6:** Modelo de Promoción de la Salud - Nola Pender (Raile, 2023)

| Elemento            | Descripción                                                                                                                            |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Filosofía           | Bienestar como equilibrio adaptativo, considerando que la salud es resultado de decisiones conscientes sobre estilos de vida.          |
| Metaparadigma       | La salud se concibe como estilos de vida saludables; el entorno es una influencia directa en el comportamiento individual y colectivo. |
| Paradigma           | Enfoque empírico-analítico que busca predecir conductas y diseñar estrategias basadas en datos observables.                            |
| Aplicación, ejemplo | Desarrollo de programas de prevención y educación en salud dirigidos a grupos comunitarios; por ejemplo, campañas educativas           |

|  |                                                                                              |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | sobre alimentación saludable, prevención de enfermedades crónicas o estilos de vida activos. |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------|

**Fuente:** Elaboración propia

**Tabla 7:** Modelo de Adaptación – Callista Roy (Raile, 2023)

| <b>Elemento</b>            | <b>Descripción</b>                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Filosofía</b>           | Basado en la teoría de sistemas, concibe al ser humano como un sistema biológico, psicológico y social que busca continuamente la adaptación al entorno.                                                                                    |
| <b>Metaparadigma</b>       | Persona: Sistema abierto que responde a estímulos.<br>Entorno: Factores internos y externos que influyen en la adaptación. Salud: Estado de adaptación y bienestar.<br>Enfermería: Proceso para facilitar respuestas adaptativas positivas. |
| <b>Paradigma</b>           | Empírico-analítico / interpretativo. Combina la observación rigurosa con la comprensión contextual del comportamiento humano.                                                                                                               |
| <b>Aplicación, ejemplo</b> | Diseño de diagnósticos comunitarios y desarrollo de intervenciones que fortalezcan la resiliencia social frente a cambios socioeconómicos.                                                                                                  |

**Fuente:** Elaboración propia.

**Tabla 8:** Teoría del Cuidado Humano – Jean Watson (Raile, 2023)

| <b>Elemento</b>      | <b>Descripción</b>                                                                                                                                          |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Filosofía</b>     | Basada en el humanismo y la fenomenología. El cuidado se considera la esencia de la enfermería y se practica como un acto moral transpersonal y relacional. |
| <b>Metaparadigma</b> | Persona: Ser holístico compuesto por cuerpo, mente y espíritu. Entorno: Espacio relacional que influye en el proceso de curación.                           |
| <b>Salud</b>         | Estado de armonía, equilibrio interno y bienestar espiritual.                                                                                               |
| <b>Enfermería</b>    | Acto moral de cuidado transpersonal orientado a la conexión empática y auténtica entre el profesional y la persona cuidada.                                 |
| <b>Paradigma</b>     | Interpretativo. Enfatiza el significado del cuidado y las experiencias humanas desde la perspectiva del sujeto.                                             |

|                            |                                                                                                                                                                          |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Aplicación, ejemplo</b> | Desarrollo de programas comunitarios centrados en la empatía, dignidad y respeto por los valores culturales. Se aplica en acompañamiento emocional y cuidado humanizado. |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Fuente:** Elaboración propia.

**Tabla 9:** Teoría de los Cuidados Culturales – Madeleine Leininger (Raile, 2023)

| <b>Elemento</b>            | <b>Descripción</b>                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Filosofía</b>           | Fundamentada en la antropología y el relativismo culturales, plantea que el cuidado debe ser congruente con las creencias y prácticas de cada cultura.                                                                                          |
| <b>Metaparadigma</b>       | Persona: Ser cultural y social. Entorno: Contexto cultural e histórico que influye en el significado del cuidado. Salud: Bienestar percibido desde la cultura. Enfermería: Práctica que integra competencia cultural en cada acción de cuidado. |
| <b>Paradigma</b>           | Interpretativo, se enfoca en comprender el significado del cuidado desde la cosmovisión del otro.                                                                                                                                               |
| <b>Aplicación, ejemplo</b> | Implementación de intervenciones respetuosas de valores y creencias locales, atención a comunidades étnicas y minorías con enfoques culturalmente pertinentes.                                                                                  |

**Fuente:** Elaboración propia.

**Tabla 10:** Modelo PRECEDE-PROCEED – Lawrence W. Green (Calano, 2019 ) (Blank, 2006)

| <b>Elemento</b>      | <b>Descripción</b>                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Filosofía</b>     | Basado en la planificación lógica y estructurada de programas de promoción de la salud. Integra enfoques conductuales, educativos y ambientales en la transformación social.                                         |
| <b>Metaparadigma</b> | Persona: Sujeto activo que toma decisiones de salud. Entorno: Factores sociales, culturales y ambientales que condicionan el comportamiento. Salud: Resultado de acciones planificadas y participativas. Enfermería: |

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            | Promueve el cambio desde el empoderamiento comunitario.                                                                                                                                                                                           |
| <b>Paradigma</b>           | Empírico-analítico, analiza causas y efectos de la conducta en salud, estructurando estrategias en fases diagnósticas y evaluativas.                                                                                                              |
| <b>Aplicación, ejemplo</b> | Diagnóstico participativo de problemas comunitarios, diseño de campañas educativas, evaluación de intervenciones en salud escolar, reproductiva y comunitaria, implementado en contextos rurales y urbanos, fortaleciendo la participación local. |

**Fuente:** Elaboración propia.

**Tabla 11:** Empoderamiento Comunitario (Kruahong et. al., 2023)

| <b>Elemento</b>            | <b>Descripción</b>                                                                                                                                               |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Filosofía</b>           | Inspirada en los principios de justicia social, equidad y derechos humanos. Enfatiza la participación activa de la comunidad en la toma de decisiones de salud.  |
| <b>Metaparadigma</b>       | Enfermería como facilitadora de procesos comunitarios de liderazgo, organización y autogestión para alcanzar autonomía y transformación social.                  |
| <b>Paradigma</b>           | Crítico-social. Promueve el análisis de las estructuras de poder, la reflexión colectiva y la acción transformadora frente a las inequidades.                    |
| <b>Aplicación, ejemplo</b> | Fomento del liderazgo comunitario, fortalecimiento de organizaciones barriales, incidencia política en temas de salud y construcción participativa de proyectos. |

**Fuente:** Elaboración propia.

**Tabla 12:** Modelo de Sistemas Conductuales - Dorothy Johnson (Raile, 2023)

| <b>Elemento</b>      | <b>Descripción</b>                                                                                                                                  |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Filosofía</b>     | Basado en el conductismo, considera que la conducta humana puede ser analizada como un sistema organizado que busca el equilibrio y la estabilidad. |
| <b>Metaparadigma</b> | Persona: Sistema conductual compuesto por subsistemas interdependientes. Entorno: Estímulos que afectan la conducta. Salud: Estado de equilibrio    |

|                            |                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            | conductual. Enfermería: Mantenimiento o restauración del equilibrio conductual.                                                                                                       |
| <b>Paradigma</b>           | Empírico-analítico. Se basa en la observación objetiva y el análisis de la conducta en relación con el entorno.                                                                       |
| <b>Aplicación, ejemplo</b> | Se aplica en programas comunitarios de modificación de conducta, promoción de estilos de vida saludables, prevención de conductas de riesgo y reforzamiento de conductas protectoras. |

**Fuente:** Elaboración propia.

**Tabla 13:** Teoría del Déficit de Autocuidado - Dorothea Orem (Raile, 2023)

| <b>Elemento</b>            | <b>Descripción</b>                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Filosofía</b>           | Fundamentada en el individualismo, la autonomía y la responsabilidad. Plantea que el cuidado debe suplir las necesidades que el individuo no puede cubrir por sí mismo.                                                                         |
| <b>Metaparadigma</b>       | Persona: Agente activo del autocuidado. Entorno: Condiciones que pueden facilitar o dificultar el autocuidado. Salud: Capacidad funcional para el autocuidado. Enfermería: Suplencia total o parcial según la necesidad de apoyo del individuo. |
| <b>Paradigma</b>           | Empírico-analítico. Basado en el análisis de datos observables para identificar deficiencias de autocuidado.                                                                                                                                    |
| <b>Aplicación, ejemplo</b> | Diseño de programas comunitarios enfocados en fortalecer el autocuidado en poblaciones vulnerables, educación en salud, prevención de enfermedades crónicas y mejora de la adherencia terapéutica.                                              |

**Fuente:** Elaboración propia.

**Tabla 14:** Teoría de las Necesidades Básicas - Virginia Henderson  
(Fernández et al., 2016)

| <b>Elemento</b>  | <b>Descripción</b>                                                                                                                                                 |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Filosofía</b> | Fundamentada en el humanismo y en la visión integral del ser humano. Concibe el cuidado como un medio para ayudar a la persona a lograr independencia y autonomía. |

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Metaparadigma</b>       | Persona: Ser único con 14 necesidades básicas. Entorno: Factor que influye en la satisfacción de necesidades. Salud: Independencia para satisfacer dichas necesidades. Enfermería: Ayuda para alcanzar autonomía cuando el individuo no puede hacerlo por sí mismo. |
| <b>Paradigma</b>           | Empírico-analítico. Basa sus intervenciones en la observación y análisis de necesidades no cubiertas.                                                                                                                                                               |
| <b>Aplicación, ejemplo</b> | Evaluación de necesidades en comunidades vulnerables, planes de atención centrados en la satisfacción de necesidades básicas como alimentación, higiene, comunicación y seguridad.                                                                                  |

**Fuente:** Elaboración propia.

**Tabla 15:** Teoría de la Interacción - Hildegart Peplau

| <b>Elemento</b>            | <b>Descripción</b>                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Filosofía</b>           | Basada en la psicodinámica y el humanismo. El cuidado se entiende como una relación interpersonal terapéutica que promueve el crecimiento personal y comunitario.                                                                               |
| <b>Metaparadigma</b>       | Persona: Sujeto con capacidad de relación. Entorno: Espacio donde ocurre la interacción significativa. Salud: Proceso de desarrollo personal. Enfermería: Facilitadora de relaciones terapéuticas que fomentan el bienestar emocional y social. |
| <b>Paradigma</b>           | Interpretativo. Centrado en el significado de la relación enfermera-paciente y su influencia en la salud.                                                                                                                                       |
| <b>Aplicación, ejemplo</b> | Acompañamiento psicosocial en programas comunitarios, atención a víctimas de violencia, intervenciones en salud mental comunitaria.                                                                                                             |

**Fuente:** Elaboración propia.

**Tabla 16:** Modelo de Patrones Funcionales de Salud - Marjory Gordon

| <b>Elemento</b>  | <b>Descripción</b>                                                                                                                                |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Filosofía</b> | Sistémica y funcionalista. Concibe al ser humano como un todo integrado evaluado a través de patrones que reflejan su funcionalidad y adaptación. |

|                            |                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Metaparadigma</b>       | Persona: Conjunto de patrones funcionales. Entorno: Influencias externas que afectan los patrones. Salud: Estado funcional. Enfermería: Identificación de necesidades y fortalezas a partir de los patrones de salud. |
| <b>Paradigma</b>           | Empírico-analítico. Basado en la observación sistemática de aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales.                                                                                                           |
| <b>Aplicación, ejemplo</b> | Valoración de comunidades a través de sus patrones funcionales, diseño de diagnósticos comunitarios, planificación de intervenciones según prioridades identificadas.                                                 |

**Fuente:** Elaboración propia.

Las teorías y modelos analizados constituyen herramientas esenciales para guiar la práctica del interno de enfermería comunitaria, cada una aporta un enfoque particular que permite comprender de forma integral las necesidades individuales, culturales, sociales y ambientales de las personas y comunidades, como por ejemplo, teorías como las de Orem y Henderson orientan al interno hacia la promoción del autocuidado y la independencia funcional, mientras que modelos como los de Roy, Pender o Gordon ayudan a estructurar diagnósticos y planes de intervención basados en patrones conductuales o funcionales. Por su parte, propuestas como las de Watson, Peplau o Leininger promueven el desarrollo de relaciones terapéuticas empáticas, respetuosas de la diversidad cultural y centradas en la dignidad humana, además, enfoques como el Modelo PRECEDE-PROCEED y la Teoría del Empoderamiento Comunitario posicionan al interno como facilitador del cambio social, impulsando la participación ciudadana, la equidad y el liderazgo comunitario. Así, el uso articulado de estas teorías y modelos fortalece las competencias profesionales del interno, fomenta una práctica ética, reflexiva y contextualizada, y mejora sustancialmente la calidad del cuidado en los diferentes entornos comunitarios.

**Aplicación Práctica:** los modelos y teorías guían la práctica enfermero en:

- ✓ **Investigación:** Definición de problemas y métodos.
- ✓ **Educación:** Diseño curricular.
- ✓ **Gestión:** Organización del cuidado.
- ✓ **Clínica:** Intervenciones en el proceso enfermero.

Para su aplicación en el internado rotativo te presentamos algunos ejemplos:

**Tabla 17:** Ejemplos de aplicación práctica

| <b>Teoría / Modelo</b>                               | <b>Enfoque / Aplicación Comunitaria</b>                                                            | <b>Ejemplo Práctico Aplicado al Internado Rotativo</b>                                                   |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Teoría del Autocuidado - Dorothea Orem</b>        | Promueve el autocuidado individual y colectivo. Educación y responsabilidad compartida.            | Diseño y ejecución de talleres participativos para la autogestión de diabetes en zonas rurales.          |
| <b>Modelo de Adaptación - Sor Callista Roy</b>       | Evalúa la adaptación de la comunidad a estímulos del entorno. Respuestas adaptativas.              | Intervención en comunidades desplazadas por eventos naturales, abordando factores de resiliencia.        |
| <b>Teoría Transcultural - Madeleine Leininger</b>    | Cuidado congruente con los valores, creencias y prácticas culturales de la comunidad.              | Promoción intercultural de salud con parteras y líderes ancestrales en comunidades indígenas.            |
| <b>Modelo de Promoción de la Salud - Nola Pender</b> | Fomenta estilos de vida saludables. Intervenciones educativas y motivacionales.                    | Campaña preventiva de obesidad infantil con participación escolar, familiar y comunitaria.               |
| <b>Modelo de Sistemas - Betty Neuman</b>             | Analiza los estresores internos/externos que afectan la salud comunitaria. Mantener el equilibrio. | Diagnóstico situacional participativo sobre violencia familiar y diseño de plan preventivo comunitario.  |
| <b>Teoría del Cuidar - Jean Watson</b>               | Cuidado humanizado, empático y centrado en la persona. Dimensión ética y espiritual.               | Visitas domiciliarias con enfoque empático a adultos mayores solos, fomentando vínculos comunitarios.    |
| <b>Modelo de Relaciones Interpersonales - Peplau</b> | Proceso terapéutico mediante la relación enfermera-comunidad. Comunicación efectiva.               | Desarrollo de grupos de apoyo comunitario para madres adolescentes, facilitando relaciones terapéuticas. |
| <b>Teoría del Entorno - Florence Nightingale</b>     | Modificación del entorno para promover la salud. Higiene, ventilación, condiciones de vida.        | Intervención para mejorar el saneamiento básico y reducir enfermedades diarreicas en                     |

|                                                 |                                                                               |                                                                                                         |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                 |                                                                               | comunidades urbano-marginales.                                                                          |
| <b>Teoría del Déficit de Autocuidado - Orem</b> | Actúa cuando la comunidad/persona no puede cubrir sus necesidades de cuidado. | Aplicación de sistemas de compensación parcial: capacitación a cuidadores de personas con discapacidad. |

**Fuente:** Elaboración propia.

La aplicación de las teorías y modelos de enfermería no debe limitarse a la exposición conceptual, sino que constituye una herramienta práctica que orienta la planificación y ejecución del cuidado en escenarios reales, de esta manera en el ámbito comunitario, estos marcos teóricos permiten estructurar intervenciones dirigidas a problemas prioritarios de salud pública, integrando el conocimiento científico con la realidad social, cultural y económica de las comunidades.

Así mismo, se presentan ejemplos prácticos que ilustran cómo los principios teóricos de la disciplina se traducen en planes de acción concretos, capaces de guiar la práctica profesional y fortalecer la capacidad resolutoria de la enfermería comunitaria, por ende, a continuación, se expone un plan de intervención enfocado en la **prevención de recaídas en tuberculosis pulmonar (TBP)**, el cual integra distintas teorías y modelos de enfermería como fundamento del cuidado.

### **Plan de Intervención: Prevención de Recaídas en Tuberculosis Pulmonar (TBP)**

**Fundamento teórico:** Basado en la *Teoría del Déficit de Autocuidado* (Dorothea Orem), el *Modelo de Adaptación* (Callista Roy) y la *Teoría del Caring* (Jean Watson), que permiten integrar la promoción del autocuidado, la adaptación psicosocial y el cuidado humanizado en pacientes con riesgo de abandono terapéutico.

#### **1. Objetivo general**

Evitar recaídas en pacientes con tuberculosis pulmonar mediante la implementación de un plan integral de educación, seguimiento y apoyo comunitario, que fortalezca la capacidad de autocuidado, la adherencia al tratamiento y la resiliencia familiar y social.

## 2. Objetivos específicos

- ✓ Evaluar la capacidad de autocuidado del paciente con TBP para identificar fortalezas y limitaciones.
- ✓ Reconocer factores económicos, emocionales, educativos y culturales que condicionan la adherencia terapéutica.
- ✓ Implementar intervenciones educativas y de apoyo psicosocial dirigidas a pacientes y familias.
- ✓ Garantizar el cumplimiento del tratamiento DOT mediante acompañamiento sistemático y motivacional.
- ✓ Fortalecer el rol de la familia y la comunidad en el proceso de apoyo y sostén del paciente.

## 3. Evaluación del paciente (Aplicación de Orem y Roy)

| Elemento de evaluación         | Observación enfermera                                                                                                            |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Agencia de autocuidado</b>  | ¿El paciente comprende la enfermedad, su transmisión y el tratamiento? ¿Es capaz de tomar la medicación de forma autónoma?       |
| <b>Déficit de autocuidado</b>  | ¿Se evidencian olvidos, miedo, estigma social o barreras económicas que limiten la adherencia?                                   |
| <b>Entorno familiar/social</b> | ¿Cuenta con cuidadores? ¿Existe apoyo familiar, comunitario o institucional? ¿Se identifican barreras culturales o lingüísticas? |

## 4. Modalidad de sistema de cuidado (Orem)

- ✓ **Sistema de apoyo-educación:** El paciente posee capacidad de autocuidado, pero requiere orientación, motivación y acompañamiento.
- ✓ **Sistema de compensación parcial:** El paciente necesita ayuda directa de familiares o profesionales (recordatorio de dosis, asistencia a controles, apoyo económico y social).

## 5. Actividades de intervención de enfermería

### 5.1 Seguimiento y adherencia terapéutica

- ✓ **Visitas domiciliarias semanales (DOT):** verificar toma de medicación, identificar efectos adversos, reforzar motivación.
- ✓ **Registro clínico sistemático:** documentar adherencia, evolución clínica y barreras detectadas.

## **5.2 Educación terapéutica individualizada**

- ✓ Sesiones personalizadas sobre TBP, transmisión, complicaciones y autocuidado.
- ✓ Uso de materiales educativos accesibles (cartillas, infografías, videos).
- ✓ Capacitación para reconocer signos de alarma (tos persistente, fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso).

## **5.3 Apoyo práctico al cumplimiento**

- ✓ Elaboración de un cronograma visual de tratamiento con marcadores diarios.
- ✓ Recordatorios motivacionales con mensajes positivos para fomentar responsabilidad y autocuidado.

## **5.4 Intervención familiar y comunitaria**

- ✓ Talleres educativos con familiares y cuidadores sobre acompañamiento sin estigmatización.
- ✓ Designación de un "cuidador guía" responsable del seguimiento diario.
- ✓ Orientación en medidas higiénicas (ventilación, limpieza, uso de mascarillas).

## **5.5 Gestión de barreras y recursos**

- ✓ Identificación de limitaciones económicas, emocionales y culturales.
- ✓ Coordinación con programas de apoyo institucional (MSP, ONG, fundaciones).
- ✓ Articulación con promotores de salud y trabajo social para asegurar transporte, alimentación y soporte psicológico.

## **5.6 Grupos de apoyo comunitario**

- ✓ Creación de espacios mensuales de encuentro para compartir experiencias.
- ✓ Inclusión de pacientes recuperados como modelo de resiliencia y adherencia.
- ✓ Dinámicas grupales de contención emocional y motivación guiadas por enfermeros y psicólogos.

## **6. Evaluación de resultados**

- **Adherencia:**  $\geq 90$  % de cumplimiento del tratamiento DOT.
- **Clínica:** ausencia de recaídas o complicaciones en controles médicos.
- **Percepción del paciente:** aumento de la autopercepción positiva y seguridad en el manejo de su enfermedad (encuestas breves).
- **Participación familiar:** registro de acompañamiento, asistencia a controles y comunicación constante con el equipo de salud.

Tras analizar un plan de intervención aplicado a la tuberculosis pulmonar, resulta pertinente mostrar que la integración de los modelos y teorías de enfermería también puede realizarse de manera más sencilla y didáctica. Una forma práctica de hacerlo es a través de la **Historia Natural de la Enfermedad (HNE)**, relacionando cada etapa con los niveles de prevención, los marcos teóricos y las actividades de enfermería que orientan la práctica profesional.

A continuación, se presenta un ejemplo simplificado en formato de matriz, que ilustra cómo distintos modelos y teorías de enfermería pueden aplicarse al abordaje de otra condición prevalente en la comunidad, en este caso, la hipertensión arterial.

#### **Caso de referencia: Hipertensión Arterial (HTA)**

| <b>Etapas de la HNE</b>                                                         | <b>Nivel de prevención</b>   | <b>Modelos / Teorías aplicadas</b>                                            | <b>Actividades de enfermería</b>                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Periodo prepatogénico</b><br>(persona sana, con factores de riesgo)          | <b>Prevención primaria</b>   | - Modelo de Promoción de la Salud (Pender)<br>- Teoría del Autocuidado (Orem) | - Educación en estilos de vida saludables.<br>- Control de peso y alimentación balanceada.<br>- Actividades comunitarias de ejercicio físico.            |
| <b>Periodo patogénico temprano</b><br>(diagnóstico inicial, sin complicaciones) | <b>Prevención secundaria</b> | - Modelo de Adaptación (Callista Roy)<br>- Modelo de Sistemas (Neuman)        | - Tamizaje de presión arterial en la comunidad.<br>- Consejería sobre adherencia terapéutica.<br>- Identificación de estresores (estrés laboral, dieta). |

|                                                                                        |                             |                                                                         |                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Periodo patogénico avanzado</b><br>(complicaciones: ACV, insuficiencia renal, etc.) | <b>Prevención terciaria</b> | - Teoría del Caring (Jean Watson)<br>- Teoría Transcultural (Leininger) | - Cuidado humanizado y acompañamiento familiar.<br>- Rehabilitación y grupos de apoyo.<br>- Adaptación cultural de mensajes para mejorar la adherencia. |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Este ejemplo aplicado a la hipertensión arterial demuestra que cada intervención de enfermería en la comunidad debe estar fundamentada en teorías y modelos que orienten el cuidado, evitando que la práctica se reduzca a acciones aisladas o intuitivas, de este modo la enfermería, como disciplina científica y humanística, requiere integrar la filosofía del cuidado, que reconoce la dignidad de la persona, con los marcos conceptuales que estructuran la valoración, la planificación y la evaluación de las intervenciones.

Para el estudiante en formación, esto implica comprender que todo actuar profesional debe estar guiado por un sustento teórico y filosófico es decir, desde la promoción de la salud hasta la rehabilitación, cada actividad cobra sentido y relevancia cuando se conecta con un modelo o teoría que respalde su aplicabilidad, por ende es importante, reflexionar sobre esta práctica para fortalecer la identidad profesional y contribuir a consolidar la enfermería como ciencia del cuidado al servicio de la comunidad.

Así mismo, es importante comprender que, para aplicar de manera efectiva cualquier teoría o modelo de enfermería, es necesario primero comprender su alcance explicativo, identificar cómo se relaciona con el paciente, la familia o la comunidad, y finalmente traducir sus postulados en acciones concretas de cuidado que respondan a las necesidades detectadas, de esta manera, este ejercicio permite que la práctica profesional no sea improvisada, sino fundamentada y coherente con la filosofía de la enfermería.

Con este propósito, a continuación, se presenta una síntesis del proceso de aplicación de teorías y modelos en la enfermería comunitaria, organizada de forma sistemática en pasos que van desde la valoración hasta la evaluación de resultados. Esta guía busca mostrar que toda intervención, por más sencilla que parezca, puede y debe estar respaldada en un marco conceptual sólido.

**Tabla 19. Proceso de aplicación de teorías y modelos en la enfermería comunitaria**

| <b>Paso</b>                            | <b>Descripción</b>                                                                                                                                                             | <b>Herramientas o Ejemplos</b>                                                                                                  | <b>Pregunta guía</b>                                                     |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. Valoración</b>                   | Identificación del problema de salud y comprensión del contexto del paciente, la familia o la comunidad. Incluye el reconocimiento de barreras físicas, sociales y culturales. | Revisión del entorno, entrevistas comunitarias, análisis de necesidades, diagnóstico situación, dinámico de salud.              | ¿Qué necesita esta persona o comunidad para mejorar su salud?            |
| <b>2. Selección de teoría o modelo</b> | Elección de un marco teórico coherente con el objetivo de cuidado identificado.                                                                                                | Orem → Autocuidado; Pender → Promoción de la salud; Leininger → Cuidado cultural.                                               | ¿Qué enfoque teórico ayuda a comprender mejor esta situación?            |
| <b>3. Revisión de conceptos clave</b>  | Estudio de los conceptos centrales de la teoría y su aplicación a situaciones reales.                                                                                          | Orem: Déficit de autocuidado → dificultad para cumplir el tratamiento.<br>Roy: Estímulo focal → miedo que afecta la adaptación. | ¿Cómo se traduce la teoría en el contexto real del paciente o comunidad? |
| <b>4. Diseño de intervenciones</b>     | Formulación de objetivos generales y específicos y desarrollo de acciones prácticas basadas en la teoría seleccionada.                                                         | Orem: calendario visual para recordar la medicación.<br>Roy: sesiones educativas para reducir el miedo y mejorar adherencia.    | ¿Qué acciones específicas puedo ejecutar a partir del marco teórico?     |
| <b>5. Evaluación de resultados</b>     | Valoración de los logros en relación con los objetivos planteados y las expectativas teóricas.                                                                                 | Mayor autonomía, adherencia al tratamiento, reducción de recaídas.                                                              | ¿Se alcanzaron los resultados esperados según la                         |

|  |  |  |                     |
|--|--|--|---------------------|
|  |  |  | teoría<br>aplicada? |
|--|--|--|---------------------|

**Fuente:** Elaboración propia (2025).

Quizás como estudiante te preguntes: ¿En qué momento de mi práctica aplicaré todo esto?, ¿realmente tendré tiempo con tantas demandas de la APS? La respuesta es sencilla: **aplicas teorías y modelos en todo momento**, solo necesitas aprender a visibilizarlas:

- ✓ Educar a un paciente sobre su tratamiento es aplicar la **Teoría de Autocuidado de Orem**.
- ✓ Ayudar a una persona a enfrentar su miedo es aplicar el **Modelo de Adaptación de Roy**.
- ✓ Asegurar que el cuidado sea culturalmente aceptado es aplicar la **Teoría Transcultural de Leininger**.

En cada acción cotidiana, desde la consejería hasta la visita domiciliaria, el sustento teórico está presente, por eso, recuerda siempre:

- ✓ "No hago por hacer, actúo con fundamento; la teoría me guía y el tiempo no limita la calidad, porque el conocimiento es lo que da sentido a mi cuidado."
- ✓ "Piensa, aplica y cuida con base teórica. La teoría orienta tu acción y le otorga valor profesional."

### **Actividad de Aplicación para el Interno de Enfermería**

**Título:** De la teoría a la práctica: fundamentando el cuidado comunitario

**Objetivo de la actividad:** Que el estudiante interno de enfermería sea capaz de identificar un problema de salud en la comunidad, seleccionar un modelo o teoría de enfermería pertinente, y diseñar intervenciones fundamentadas que respondan a las necesidades detectadas.

#### **Instrucciones:**

1. Durante tu rotación comunitaria, **elige un caso real** (persona, familia o grupo) con un problema de salud prevalente (ej. hipertensión, diabetes, tuberculosis, embarazo adolescente).
2. Realiza la **valoración integral** del caso (datos subjetivos, objetivos, determinantes sociales).
3. Selecciona al menos **dos teorías o modelos de enfermería** que te permitan comprender mejor la situación (ej. Orem, Pender, Roy, Leininger, Watson).
4. Elabora una **tabla sencilla** con los siguientes elementos:
  - ✓ Problema de salud identificado.

- ✓ Teoría o modelo seleccionado.
  - ✓ Conceptos clave aplicados.
  - ✓ Actividades de enfermería propuestas.
  - ✓ Resultado esperado.
5. Presenta tu trabajo en forma de **informe breve (1-2 páginas)**, resaltando cómo la teoría fundamenta tus acciones.

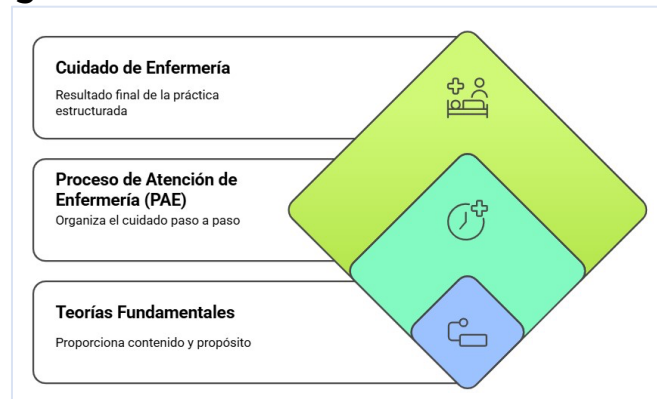
**Preguntas de reflexión para el estudiante:**

- ¿Qué teoría fue más fácil de aplicar y por qué?
- ¿Qué dificultades encontraste al traducir los conceptos teóricos en acciones concretas?
- ¿Cómo cambia tu visión del cuidado cuando lo fundamentas en un modelo o teoría?

## **2.4 Proceso de Atención de Enfermería (PAE) para el cuidado del individuo, familia y comunidad.**

El PAE es una herramienta metodológica que operativiza el cuidado de enfermería, mientras que las teorías enfermeras proporcionan el marco conceptual que da sentido y dirección al cuidado, el PAE organiza el cuidado paso a paso, Fawcett nos sugiere que la práctica profesional de la enfermería requiere no solo realizar acciones, sino también fundamentar científicamente cada cuidado brindado, es así que la integración de las teorías y del PAE permiten que el cuidado sea individualizado, ético y evaluable, adaptado a las necesidades de las personas, familias y comunidades (Fawcett, 2013). De igual manera se sugiere que aplicar teorías en el PAE no significa repetir conceptos, sino comprender cómo estos guían la toma de decisiones, como **por ejemplo**, al identificar un déficit de autocuidado, la teoría de Orem permite definir el diagnóstico, planificar intervenciones educativas y evaluar si el paciente recupera su independencia, de esta forma la teoría da sentido y propósito al PAE, y éste permite operativizar la teoría en acciones concretas y medibles dentro de los diversos entornos de atención, especialmente en el ámbito comunitario .

**Figura 2:** Estructura del Cuidado de Enfermería.



**Fuente:** Elaboración propia.

El PAE sin teoría es solo procedimiento; la teoría sin PAE es solo discurso, ambos se complementan para una práctica ética y profesional, a continuación, se describe la Relación entre el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y las Teorías de Enfermería, considerando que el PAE constituye una metodología científica que organiza la práctica profesional en etapas secuenciales, de este modo cada una de ellas se vincula de manera estrecha con las teorías y modelos de enfermería, que orientan la valoración, fundamentan los diagnósticos, guían la planificación de los cuidados y permiten evaluar los resultados.

- ✓ **Valoración:** Las teorías proporcionan el marco conceptual para identificar los aspectos relevantes del paciente, la familia o la comunidad, considerando dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales.
- ✓ **Diagnóstico (NANDA):** Los diagnósticos de enfermería se construyen a partir de conceptos teóricos como déficit de autocuidado, adaptación, afrontamiento o riesgo de deterioro, que permiten definir con precisión los problemas de salud.
- ✓ **Planificación (NOC):** La formulación de metas y objetivos se alinea con los propósitos de la teoría seleccionada, orientándose a resultados como autonomía, adaptación, bienestar, equilibrio y calidad de vida.
- ✓ **Intervención (NIC):** Las acciones de enfermería derivan del marco teórico, que indica qué hacer, cómo hacerlo y con qué enfoque: educación, apoyo emocional, cuidado culturalmente congruente, acompañamiento en la adaptación, entre otros.
- ✓ **Evaluación:** Finalmente, la teoría permite verificar si los resultados alcanzados corresponden a los objetivos planteados, fortaleciendo la

capacidad de analizar la efectividad del cuidado y ajustar las intervenciones.

Por ende, esta relación permite aplicar la teoría a la práctica de una forma ordenada y coherente, tener en cuenta que sin teoría el PAE pierde fundamento ético y científico, y sin PAE la teoría no se traduce en acción efectiva, juntos garantizan un cuidado integral, profesional y centrado en el individuo, familia y comunidad. Ahora bien, como aplicamos el PAE en el entorno real, existen algunos formatos útiles para su aplicación, usarlos nos garantiza el registro adecuado, cuidado organizado y sustentado en evidencia, a continuación, mencionamos algunos:

### 1. SOAPIE

| <b>Etapas</b>                   | <b>Descripción</b>                                                                                                                 | <b>Ejemplos en Enfermería Comunitaria</b>                                                        | <b>Relación con Teorías/Modelos</b>                                                                       |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>S - Subjetivo</b>            | Recoge la información expresada por el paciente, familia o comunidad: percepciones, quejas, síntomas referidos, historia de salud. | Paciente refiere tos persistente y cansancio. Comunidad manifiesta preocupación por casos de TB. | <b>Orem:</b><br>Identificación de limitaciones en el autocuidado a partir de lo que el paciente comunica. |
| <b>O - Objetivo</b>             | Datos observados y medidos por el profesional: signos vitales, hallazgos físicos, resultados de pruebas diagnósticas.              | Presión arterial elevada; temperatura 38 °C; resultados positivos de baciloscopía.               | <b>Roy:</b><br>Observación de estímulos focales (síntomas) que afectan la adaptación.                     |
| <b>A - Análisis/Diagnóstico</b> | Interpretación de los datos subjetivos y objetivos para formular diagnósticos NANDA.                                               | Diagnóstico NANDA: <i>Déficit de autocuidado relacionado con falta de conocimiento</i>           | <b>Neuman:</b><br>Identificación de estresores que alteran la estabilidad del sistema.                    |

|                          |                                                                                                                                     | <i>s sobre<br/>tratamiento<br/>de TB.</i>                                                             |                                                                                            |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>P - Planificación</b> | Establecimiento de metas y objetivos (NOC) y diseño de un plan de cuidados acorde a las necesidades y contexto.                     | Meta: Mejorar adherencia al tratamiento DOT al 95 % en 3 meses.                                       | <b>Pender:</b><br>Promoción de conductas de autocuidado saludables.                        |
| <b>I - Intervención</b>  | Ejecución de las actividades de enfermería (NIC), fundamentadas en teorías y modelos.                                               | Educación sobre TB, visitas domiciliarias, apoyo familiar, seguimiento telefónico.                    | <b>Leininger:</b><br>Intervenciones culturalmente congruentes.                             |
| <b>E - Evaluación</b>    | Valoración del cumplimiento de los objetivos y efectividad de las intervenciones. Permite modificar o reforzar el plan de cuidados. | Paciente mantiene adherencia al 95 %, reducción de síntomas y mejora en su percepción de autocuidado. | <b>Watson:</b><br>Evaluación del cuidado humanizado y su impacto en el bienestar integral. |

**Fuente:** elaboración propia 2025

#### **Aplicación:**

- ✓ Registro individualizado en fichas clínicas.
- ✓ Muy usado en hospitales y atención domiciliaria.
- ✓ Ordena la información clínico-enfermero.
- ✓ Integra NANDA, NIC, NOC al PAE.
- ✓ Favorece continuidad del cuidado entre turnos.

## 2. DAR: Proceso de Documentación en Enfermería

| <b>Etapas del DAR</b> | <b>Descripción</b>                                                                                                                                                                                              | <b>Ejemplos</b>                                                                                                                                                                                        | <b>Finalidad</b>                                                                                                                  |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Datos</b>          | Primer paso del registro comprende la recolección de información subjetiva (percepciones, quejas, expresiones del paciente o familia) y objetiva (signos vitales, hallazgos clínicos, resultados diagnósticos). | <ul style="list-style-type: none"> <li>- El paciente refiere tos persistente y cansancio (subjetivo).</li> <li>- Signos vitales: T° 38°C, PA 140/90 mmHg, baciloscopia positiva (objetivo).</li> </ul> | Permite obtener una valoración completa y holística, integrando la experiencia del paciente con la evidencia clínica.             |
| <b>Acción</b>         | Registro de las intervenciones y procedimientos realizados por el profesional de enfermería. Incluye actividades educativas, terapéuticas, preventivas y de apoyo.                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Administración de medicación prescrita.</li> <li>- Educación sobre higiene respiratoria.</li> <li>- Orientación familiar.</li> </ul>                          | Garantiza la trazabilidad del cuidado, facilita la coordinación interdisciplinaria y da evidencia del cumplimiento de protocolos. |
| <b>Respuesta</b>      | Documentación de los cambios físicos y emocionales del paciente tras las intervenciones. Refleja el impacto y la efectividad del cuidado.                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminución de la fiebre y mejoría de la tos (físico).</li> <li>- El paciente expresa sentirse acompañado y con mayor confianza (emocional).</li> </ul>       | Permite evaluar la efectividad de las intervenciones, ajustar los planes de cuidado y orientar decisiones clínicas.               |

**Fuente:** elaboración propia 2025

La documentación en enfermería constituye un eje fundamental de la práctica profesional, por ende, el formato DAR es un método de documentación estructurada que asegura que la información registrada sea clara, precisa y accesible para todos los miembros del equipo de salud, de este modo, su aplicación no solo cumple una función técnica al garantizar la continuidad y

calidad del cuidado, sino también una función ética y legal, al proporcionar transparencia y respaldo profesional.

**Aplicación:**

- ✓ Usado en registros breves (fichas rápidas, visitas domiciliarias).
- ✓ Ideal para seguimiento comunitario.
- ✓ Facilita registro ágil.
- ✓ Resume la aplicación del PAE de forma compacta.

**3. PRONE (más usado en Europa)**

| <b>Etapas del PRONE</b>     | <b>Descripción</b>                                                                                                                            | <b>Ejemplos</b>                                                                                                      | <b>Finalidad</b>                                                         |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <b>Problema</b>             | Identificación de las necesidades de salud mediante diagnóstico clínico y análisis integral del estado del paciente.                          | Paciente con TB pulmonar que presenta tos crónica, fiebre y pérdida de peso.                                         | Permite priorizar problemas y orientar el cuidado con base científica.   |
| <b>Normas o Acciones</b>    | Aplicación de intervenciones de enfermería y protocolos de tratamiento estandarizados, ajustados a la evidencia y normativas institucionales. | Administración de antibióticos según esquema DOT; educación sobre higiene respiratoria; ventilación domiciliaria.    | Asegura que la práctica sea segura, protocolizada y basada en evidencia. |
| <b>Resultados Esperados</b> | Definición de logros clínicos y de bienestar a alcanzar, evaluados con indicadores objetivos y subjetivos.                                    | Negativización de baciloscopía; mejoría clínica y mayor adherencia al tratamiento.                                   | Orienta el seguimiento y permite medir impacto real del cuidado.         |
| <b>Objetivos</b>            | Formulación de metas a corto plazo (resolución inmediata de síntomas) y a largo plazo (prevención de recaídas y                               | Corto plazo: reducción de fiebre en 1 semana.<br>Largo plazo: adherencia $\geq 95\%$ al tratamiento durante 6 meses. | Proporciona direccionalidad al cuidado en el tiempo.                     |

|                   |                                                                                                                                   |                                                                                |                                                         |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                   | sostenibilidad del cuidado).                                                                                                      |                                                                                |                                                         |
| <b>Evaluación</b> | Monitoreo sistemático de resultados y revisión de los objetivos planteados. Implica retroalimentar y ajustar el plan de cuidados. | Control clínico mensual, visitas domiciliarias, registro en ficha comunitaria. | Garantiza la efectividad del cuidado y mejora continua. |

**Fuente:** elaboración propia 2025

El formato PRONE es una herramienta utilizada ampliamente en Europa para estructurar el cuidado de enfermería, en este sentido su fortaleza radica en integrar las fases de valoración, planificación, ejecución y evaluación, con un enfoque práctico y académico, por ende, este modelo potencia el razonamiento clínico, la calidad de la atención y la trazabilidad del cuidado, consolidando la práctica de enfermería como disciplina científica y humanista.

#### **Aplicación:**

- ✓ Planificación sistemática del cuidado.
- ✓ Usado en protocolos institucionales.
- ✓ Especifica metas y normas para estandarizar intervenciones.

#### **4. Formato PAE Tradicional**

| <b>Etapas del PAE</b>      | <b>Descripción</b>                                                                                                  | <b>Ejemplo en Enfermería Comunitaria</b>                                                           | <b>Finalidad</b>                                                   |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <b>Valoración</b>          | Recopilación sistemática de datos subjetivos y objetivos del paciente, familia o comunidad.                         | Encuesta comunitaria y examen físico en un paciente hipertenso.                                    | Identificar necesidades y establecer una base para el diagnóstico. |
| <b>Diagnóstico (NANDA)</b> | Identificación de problemas de salud reales o potenciales a partir de la valoración, utilizando la taxonomía NANDA. | <i>Déficit de autocuidado relacionado con manejo inadecuado de la medicación antihipertensiva.</i> | Definir con claridad los problemas de enfermería.                  |

|                             |                                                                                                                     |                                                                                          |                                                                     |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <b>Objetivos (NOC)</b>      | Planteamiento de resultados esperados medibles y alcanzables, alineados con las necesidades identificadas.          | Alcanzar adherencia $\geq 90\%$ al tratamiento antihipertensivo en 3 meses.              | Guiar la planificación de las intervenciones y evaluar resultados.  |
| <b>Intervenciones (NIC)</b> | Ejecución de actividades de enfermería fundamentadas en protocolos y teorías, orientadas a lograr los objetivos.    | Educación en el uso correcto de fármacos, consejería nutricional, visitas domiciliarias. | Garantizar cuidados seguros, efectivos y culturalmente pertinentes. |
| <b>Evaluación</b>           | Valoración del cumplimiento de objetivos y efectividad de las intervenciones, con posibilidad de reajustar el plan. | Disminución de cifras de presión arterial y mejor adherencia reportada por el paciente.  | Asegurar la mejora continua y la efectividad del cuidado.           |

**Fuente:** elaboración propia 2025

#### **Aplicación:**

- ✓ Docencia, auditorías, casos clínicos completos.
- ✓ Usado en trabajos académicos, planes de cuidado comunitario.
- ✓ Permite evaluar cada fase del PAE en detalle.
- ✓ Útil para toma de decisiones clínicas fundamentadas.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en su formato tradicional constituye la metodología más difundida y aplicada en el ámbito profesional y académico, en este sentido, este modelo organiza el cuidado en cinco etapas secuenciales: valoración, diagnóstico, objetivos, intervenciones y evaluación, permitiendo al enfermero estructurar su práctica de manera científica, sistemática y fundamentada.

La valoración es la base del proceso, ya que en esta etapa se recopila información subjetiva y objetiva sobre el paciente, la familia o la comunidad, posteriormente, se establecen los diagnósticos de enfermería (NANDA), que permiten identificar los problemas reales o potenciales de salud, a partir de estos diagnósticos, se formulan los objetivos (NOC), definidos como

resultados esperados que deben ser medibles, alcanzables y orientados a mejorar el bienestar del paciente, en la fase de intervenciones (NIC), el profesional ejecuta actividades específicas fundamentadas en protocolos y teorías de enfermería, dirigidas a alcanzar los objetivos propuestos, finalmente, la evaluación permite analizar los logros obtenidos, valorar la efectividad de las intervenciones y realizar los ajustes necesarios para optimizar la calidad del cuidado.

Este formato se considera el más completo porque integra el lenguaje estandarizado de la enfermería (NANDA, NOC, NIC), facilitando la comunicación entre profesionales, la continuidad de los cuidados y la generación de evidencia científica, además, fortalece el razonamiento clínico y fomenta la práctica reflexiva, contribuyendo a consolidar la identidad disciplinar de la enfermería como ciencia del cuidado

**Tabla comparativa de formatos de documentación en enfermería**

| <b>Formato</b>         | <b>Características principales</b>                                                          | <b>Fortalezas</b>                                                   | <b>Limitaciones</b>                                                           |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SOAPIE</b>          | Organiza la información en Subjetivo, Objetivo, Análisis, Plan, Intervención y Evaluación.  | Sistematiza la información clínica y permite seguimiento detallado. | Puede ser percibido como extenso para entornos comunitarios con alta demanda. |
| <b>DAR</b>             | Resume el registro en Datos, Acción y Respuesta.                                            | Simple, rápido y fácil de usar en áreas con alta carga asistencial. | Riesgo de omitir información relevante al ser muy resumido.                   |
| <b>PRONE</b>           | Estructura europea basada en Problema, Normas/acciones, Resultados, Objetivos y Evaluación. | Integra planificación y protocolos estandarizados; muy académico.   | Menos difundido en América Latina; requiere entrenamiento previo.             |
| <b>PAE Tradicional</b> | Se organiza en Valoración, Diagnóstico (NANDA), Objetivos (NOC),                            | Permite vincular directamente diagnósticos, objetivos y cuidados    | Puede ser visto como rígido o complejo por estudiantes en formación inicial.  |

|  |                                    |                                                |  |
|--|------------------------------------|------------------------------------------------|--|
|  | Intervenciones (NIC) y Evaluación. | estandarizados; gran aceptación internacional. |  |
|--|------------------------------------|------------------------------------------------|--|

¿Cuál es el más eficaz?; depende del contexto:

- ✓ En **hospitales y entornos clínicos complejos**, el **PAE Tradicional** y el **SOAPIE** resultan más eficaces porque permiten un registro detallado, alineado con estándares internacionales (NANDA, NOC, NIC).
- ✓ En **comunidades con alta demanda y limitaciones de tiempo**, el **DAR** es más ágil, aunque menos profundo.
- ✓ El **PRONE**, aunque muy completo y académico, es más usado en Europa y menos conocido en Latinoamérica, por lo que puede tener limitaciones de aplicabilidad inmediata en APS.

En el internado de enfermería comunitaria, el formato más eficaz es el PAE Tradicional complementado con SOAPIE, porque asegura una documentación estructurada, fundamentada en diagnósticos reconocidos y con claridad en objetivos e intervenciones, sin sacrificar la calidad del cuidado ni la formación académica del estudiante.

Este capítulo ha permitido explorar las bases filosóficas del cuidado en enfermería comunitaria, vinculándolas con el metaparadigma, los paradigmas enfermeros, con los modelos y teorías que orientan la práctica profesional, resaltando su aplicabilidad en contextos comunitarios diversos aplicados con el PAE, así mismo la integración crítica de estos elementos proporciona al profesional de enfermería herramientas conceptuales para ofrecer un cuidado ético, contextualizado y transformador, fortaleciendo el vínculo entre teoría y práctica.

A continuación, se presentan ejemplos y un caso de estudio para reforzar lo aprendido en el capítulo:

- ✓ Frente al contexto de inseguridad en el país, los equipos de enfermería comunitaria adaptaron sus estrategias de visita domiciliaria mediante coordinaciones con líderes barriales y teleasistencia, garantizando la continuidad del cuidado.
- ✓ El uso de tics y aplicaciones móviles en Ecuador (2023-2024) permitió a la enfermería comunitaria dar seguimiento a pacientes con enfermedades crónicas, fortaleciendo la prevención y el control en el primer nivel de atención.

- ✓ En Machala, durante la campaña de vacunación contra la covid-19 (2021-2022), el personal de enfermería comunitaria implementó telemonitoreo y brigadas móviles para llegar a zonas de difícil acceso, evidenciando la aplicabilidad actual de los conceptos de APS y promoción de la salud.

### **Caso de estudio integrador: "Cuidar en comunidad: reflexión, teoría y acción ética"**

Lucía, estudiante de enfermería en su internado rotativo, ha sido asignada a una comunidad rural dispersa, con acceso limitado al centro de salud. Durante sus primeras semanas de experiencia observa lo siguiente:

- ✓ La comunidad valora profundamente el respeto hacia los mayores, las tradiciones culturales y los saberes transmitidos oralmente.
- ✓ Varias mujeres practican cuidados tradicionales basados en hierbas y rituales comunitarios.
- ✓ Existe cierta resistencia a recibir visitas domiciliarias de personal externo.
- ✓ Lucía percibe que no basta con aplicar técnicas clínicas: es imprescindible comprender el entorno social y cultural para establecer relaciones de confianza.

Ante este escenario, Lucía se pregunta cómo integrar su formación teórica y filosófica al cuidado humanizado y respetuoso, y de qué manera sustentar sus acciones profesionales en modelos y paradigmas que trasciendan lo técnico.

### **Guía para la resolución del caso**

#### **1. Reflexión filosófica**

- ✓ ¿Cómo puede Lucía aplicar las nociones filosóficas del cuidado (persona, dignidad, autonomía, sabiduría práctica) en este contexto?
- ✓ ¿Qué valores éticos deben guiar su relación con la comunidad (respeto, justicia, beneficencia, no maleficencia, responsabilidad social)?

#### **2. Metaparadigma de la enfermería comunitaria**

Analiza cada componente aplicado al caso:

- ✓ **Persona:** el individuo y la comunidad como sujetos de cuidado, con dignidad y autonomía.
- ✓ **Salud:** entendida como un proceso dinámico que incluye tanto el saber biomédico como los saberes tradicionales.
- ✓ **Entorno:** la cultura, el territorio rural y las condiciones de acceso limitado a servicios de salud.
- ✓ **Cuidado:** acciones humanizadas y culturalmente congruentes que promuevan confianza y colaboración.

### 3. Aplicación de teorías y modelos

- ✓ Selecciona una **teoría** (ej. Teoría Transcultural de Leininger) y un **modelo** (ej. Modelo de Adaptación de Callista Roy).
- ✓ Explica cómo orientarían las intervenciones de Lucía: adaptar mensajes educativos a las creencias locales, acompañar la transición entre cuidados tradicionales y biomédicos, fortalecer la capacidad de adaptación ante barreras de acceso.

### 4. Identificación de paradigma

- Determina qué **paradigma de enfermería** resulta más coherente con este contexto (transformación, integración).
- Justifica cómo este enfoque permite unir la visión técnica con la visión cultural y comunitaria.

#### Actividad complementaria

Redacta un plan breve de acción reflexiva que incluya:

- Estrategias para establecer confianza y cuidado ético-cultural (respeto por los líderes comunitarios, diálogo intercultural, validación de saberes locales).
- Acciones para respetar la autonomía de la comunidad y, al mismo tiempo, garantizar la atención profesional (educación participativa, acuerdos comunitarios, corresponsabilidad en el cuidado).
- Preguntas filosóficas para la autoevaluación de Lucía antes de intervenir:
  - ✓ ¿Qué significa cuidar en esta comunidad?
  - ✓ ¿Cómo respeto lo que la comunidad valora sin imponer mis conocimientos?
  - ✓ ¿De qué manera mi actuar puede transformar positivamente sin vulnerar la identidad cultural?

Cuidar en comunidad es comprender al otro desde su mundo, de este modo, cuando la técnica se fundamenta en la filosofía y en las teorías de enfermería, el cuidado deja de ser un procedimiento aislado y se convierte en un acto ético, consciente y transformador, que integra ciencia, cultura y humanidad.

## Referencias bibliográficas

- Alfika Safitri, N. A. (2023). Laporan Hasil Praktik Profesi Asuhan Keperawatan Komunitas Di Kelurahan Periuk Jaya Rt 03/Rw 04 Kecamatan Periuk Kota Tangerang 2023. *DIAGNÓSTICO: Jurnal Ilmu Kesehatan Dan Keperawatan*, 17-24. doi:<https://doi.org/10.59581/diagnosa-widyakarya.v1i3.838>
- Amaro Cano, M. d. (2004). Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 20. Recuperado el 06 de 03 de 2025, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192004000300009&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000300009&lng=es&tlng=es)
- Blank, M. E. (04 de 2006). El modelo precede/proceed: un organizador avanzado para la reconceptualización del proceso de enseñanza-aprendizaje en educación y promoción de la salud. *Salus*, vol. 10, núm. 1,, 18-25. doi:<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375938979005>
- Calano, B. C. (13 de 02 de 2019 ). Efectividad de un programa de salud comunitario en el control de la presión arterial, la adherencia y el conocimiento de adultos con hipertensión: Un enfoque del modelo PRECEDE-PROCEED. *Journal of Clinical Nursing*, 1879-1888. doi:<https://doi.org/10.1111/jocn.14787>
- Chalmers, K. y. (1989). La base teórica de la enfermería a nivel comunitario: una comparación de tres modelos. *Journal of advanced nursing*, 569-74. doi:<https://doi.org/10.1111/J.1365-2648.1989.TB01592.X>
- Chila et. al., R. R. (2023). Metaparadigma de enfermería y la tecnología en el contexto actual. *RECIMUNDO; Editorial Saberes del Conocimiento*, 75-84. doi:10.26820/recimundo/7.(4).oct.2023.75-84
- Espinosa et al. (15 de 07 de 2022). Rol de Enfermería en la atención de salud pública. Vol. 6, No. Esp.44, 2022. doi: <https://journalprosciences.com/index.php/ps/issue/view/44>
- Fawcett, J. (2013). Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories. *F.A. Davis*. Obtenido de <https://www.fadavis.com/product/nursing-research-theory-contemporary-nursing-knowledge-fawcett-3>
- Fernando Riegel, e. M. (30 de 10 de 2023). Filosofía y proceso de enfermería: una reflexión de las bases teóricas y filosóficas en la práctica clínica de

enfermería. *Revista Enfermagem em Foco*(Número de serie: 2177-4285 eISSN: 2357-707X). doi:10.21675/2357-707X.2023.v14.e-202359

Fuentes-Ramírez, A. (12 de 11 de 2023). El metaparadigma de enfermería: estrategias para su uso en la práctica. Avanzando en el desarrollo del conocimiento. *Aquichan*. doi:10.5294/aqui.2023.23.4.1

Griffin, A. (1980). Filosofía y enfermería. *Revista de enfermería avanzada*. *Revista de enfermería avanzada*, 261-72. doi:https://doi.org/10.1111/J.1365-2648.1980.TB03351.X

Iwamoto, S. (2023). Desarrollo de una teoría del cuidado comunitario para la enfermería de salud pública. *Healthcare*, 11. doi:https://doi.org/10.3390/healthcare11030349

Koithan, M. J. (2018). Enfermería integradora en la comunidad. *Enfermería integradora, edición en línea, Oxford Academic*, 444-460. doi:https://doi.org/10.1093/med/9780190851040.003.0030

Kruahong et. al., S. T. (2023). Empoderamiento comunitario: un análisis de concepto. *Journal of Advanced Nursing*. doi: https://doi.org/10.1111/jan.15613

Lalani, M. F. (2019). Transformación de los servicios de enfermería comunitaria en el Reino Unido: lecciones de una evaluación participativa de la implementación de un nuevo modelo de enfermería comunitaria en el este de Londres basado en los principios del modelo holandés Buur. *BMC Health Services Research*, 19. doi:https://doi.org/10.1186/s12913-019-4804-8

Ni Luh et. al, P. I. (07 de 02 de 2023). Philosophy of Science on The Development of Palliative Nursing Practice in The Implementation of Long-Term Care for The Elderly: A Literature Review. *Jurnal Info Kesehatan*, Vol. 21, No. 2, June 2023, pp. 226-238(P-ISSN 0216-504X, E-ISSN 2620-536X). doi:https://doi.org/10.31965/infokes.Vol21Iss2.1064

OPS. (10 de 04 de 1976). "Informe Del Comité Del Programa de Libros de Texto de La OPS/OMS Para La Enseñanza de Enfermería En Salud Comunitaria,". *Organización Panamericana de la Salud*, 10(4), 372-388. doi:https://iris.paho.org/handle/10665.2/39454

Pinto et. al, F. J. (23 de 11 de 2017). Cuidadosofía: una introducción a la relación entre cuidado y filosofía. *Noesis del cuidado*, Ene, 11(3), 735. Obtenido de

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2017000300001&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2017000300001&lng=es&tlng=es)

Raile, A. M. (2023). *Modelos y teorías en Enfermería*. España: Elsevier.

Scovil, E. R. (1927). Florence Nightingale's Notes on Nursing. *The American Journal of Nursing*, 27(5), 355-357.  
doi:<https://doi.org/10.2307/3408721>

Shareefa et al., S. .. (2024). The Role of Nursing in Community Participation in Health Facilities. *Estudios evolutivos en la cultura imaginativa*, 1365-1368. doi:<https://doi.org/10.70082/esiculture.vi.1449>

### **CAPÍTULO 3: MARCO NORMATIVO Y POLÍTICAS DE SALUD**

El marco normativo en salud comunitaria proporciona los lineamientos legales que sustentan la acción profesional de enfermería, en este capítulo se analizan las principales leyes, normas, tratados nacionales e internacionales que regulan y orientan la práctica de la enfermería comunitaria, con especial énfasis en su aplicabilidad en el internado rotativo, todo con el propósito de fortalecer las competencias legales y éticas del futuro profesional.

**Objetivo del capítulo** Analizar el marco normativo vigente en salud pública y atención primaria en salud a nivel nacional e internacional, aplicable a la práctica de la enfermería comunitaria, con el fin de fortalecer el ejercicio legal y ético durante el internado rotativo.

#### **Finalidad de aprendizaje:**

- ✓ Identificar la legislación y normativas de salud pública aplicables a la enfermería comunitaria en Ecuador.
- ✓ Analizar la APS como política pública y campo de acción, vinculándola con la organización del sistema de salud.
- ✓ Describir el MAIS-FCI y su operativización en programas, servicios y redes del primer nivel.
- ✓ Aplicar instrumentos y lineamientos normativos (salas situacionales, mapas parlantes, protocolos MSP) en el territorio.
- ✓ Valorar el rol regulador y ético de la normativa en la seguridad del paciente y la calidad de atención.

#### **Preguntas reflexivas**

- ✓ ¿Cómo influye el conocimiento legal en la toma de decisiones del interno de enfermería?
- ✓ ¿De qué manera el cumplimiento del marco normativo mejora la calidad de la atención comunitaria?
- ✓ ¿Cuáles son las implicaciones legales de no respetar los derechos del paciente en contextos comunitarios?

#### **Temas:**

- ✓ Legislación y normativas en salud pública aplicables a la enfermería comunitaria
- ✓ Salud pública como política y campo de acción en enfermería comunitaria

- ✓ Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI): Enfoque, desarrollo e impacto en la práctica de Enfermería comunitaria

### **3.1 Legislación y normativas en salud pública aplicables a la enfermería comunitaria**

Las normativas en salud pública proporcionan el marco legal indispensable para planificar, implementar y evaluar acciones sanitarias que buscan asegurar el bienestar colectivo, así mismo, estas disposiciones, que abarcan desde tratados internacionales hasta leyes locales, regulan el accionar de los profesionales de enfermería comunitaria y definen las responsabilidades del Estado frente al derecho a la salud, por tanto, para el interno de enfermería, conocerlas y aplicarlas resulta fundamental en su formación, ya que refuerzan sus capacidades éticas, jurídicas y profesionales.

#### **Normativa Internacional y Regional**

- ✓ A nivel internacional, la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que *"todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud"* (OMS, 2005), este principio, ratificado por Ecuador, obliga a los Estados a garantizar servicios de salud accesibles y adecuados.
- ✓ La Declaración de Alma-Ata (1978), actualizada por la Declaración de Astana (2018), posiciona a la atención primaria como estrategia central para lograr "salud para todos" mediante servicios integrales, accesibles y participativos (OMS, 1978) (OMS, 2018)
- ✓ La Organización Panamericana de la Salud (OPS) impulsa políticas como la Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal, destacando la importancia de la atención primaria como herramienta para reducir desigualdades (OPS, 204).
- ✓ Además, la Agenda 2030 de las Naciones Unidas, a través del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (ODS 3), busca garantizar la salud y el bienestar para todas las personas, promoviendo la cobertura universal (ONU, 2015)
- ✓ El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) también reconoce, en su Artículo 12, el derecho al nivel más alto posible de salud física y mental (ONU, 1996).
- ✓ Adicionalmente, el Informe Mundial sobre la Atención Primaria de Salud de la OMS (2020) destaca que fortalecer la atención primaria es esencial

para lograr sistemas de salud resilientes y equitativos, basados en la justicia social y la participación comunitaria (OMS, 2020).

- ✓ Finalmente, el Código Internacional de Ética para Enfermeros del Consejo Internacional de Enfermería (CIE) enfatiza que la labor del personal de enfermería debe estar guiada por principios de justicia, respeto a los derechos humanos y defensa de la salud como derecho fundamental (CIE, 2021).

## **Legislación Nacional del Ecuador**

- ✓ **La Constitución de la República del Ecuador**, vigente desde 2008, considera la salud como un derecho básico y esencial para el bienestar, en el Artículo 32 establece que la salud debe ser garantizada por el Estado y está interrelacionada con otros derechos fundamentales, a su vez, el Artículo 361 atribuye al Ministerio de Salud Pública (MSP) la función de liderar y normar el sistema nacional de salud, con la obligación de asegurar atención integral, universal y gratuita (Asamblea Nacional Ecuador, 2008).
- ✓ **La Ley Orgánica de Salud (LOS)** respalda este mandato, reafirmando que el cuidado de la salud es responsabilidad directa del Estado, así mismo en sus disposiciones, particularmente el Artículo 4, se establece que el MSP es la autoridad nacional en salud, encargado de dictar políticas y garantizar servicios accesibles, continuos y de calidad (Asamblea Nacional Ecuador, 2022).
- ✓ Por otro lado, la **Ley de Derechos y Amparo del Paciente** protege la dignidad y la privacidad de los ciudadanos durante la atención sanitaria, en este cuerpo normativo se asegura el derecho a ser informado, a decidir sobre el tratamiento y a recibir atención equitativa y oportuna, sin discriminación (MSP, 2006)
- ✓ En el ámbito penal, el **Código Orgánico Integral Penal (COIP)** contempla sanciones para quienes ejerzan profesiones sanitarias sin la debida acreditación, y establece responsabilidades penales por actos de negligencia médica, así también estos actos se tipifican como delitos relacionados con el incumplimiento de deberes sanitarios sean culposos o dolosos (COIP, 2024), en este contexto se describen a continuación:
  - **delitos dolosos**, se considera que la persona actúa con plena intención de cometer un acto ilícito, consciente de sus consecuencias, como, por ejemplo, el ejercicio ilegal de profesiones de la salud, sin contar con el título o registro

correspondiente, se sanciona penalmente por poner en riesgo la seguridad de los pacientes, así mismo respecto a los,

- **delitos culposos**, el artículo 146 del COIP sanciona el homicidio culposo derivado de mala práctica profesional, es decir un profesional de la salud que causa la muerte de un paciente al infringir el deber objetivo de cuidado puede recibir una pena de uno a tres años de privación de libertad, aumentándose hasta cinco años si empleó procedimientos innecesarios, peligrosos o ilegítimos.
- ✓ En el mismo COIP también se estipula que la negligencia médica que ocasione lesiones permanentes puede ser penada, dependiendo de la gravedad del daño, por tanto, esto refuerza la necesidad de una práctica basada en competencia técnica, ética profesional y respeto por los derechos del paciente. Para los **internos de enfermería**, conocer estos principios es esencial, ya que, aunque aún no ejerzan como profesionales autónomos, participen activamente en la atención y están obligados a observar estándares de cuidado, informando cualquier riesgo y evitando conductas negligentes, lo cual contribuye a una atención segura y ética dentro del marco jurídico ecuatoriano.
- ✓ De manera específica, la **Ley 57 del Ejercicio Profesional de Enfermería** delimita las competencias del personal de enfermería en Ecuador, además esta ley exige que los profesionales cuenten con un título reconocido y registrado, así mismo, señala las funciones que pueden ejercer en atención comunitaria, docencia, administración e investigación, de igual manera la ley establece que instituciones públicas y privadas deben contratar profesionales acreditados para garantizar servicios seguros y efectivos (CONGRESO NACIONAL, s.f.).
- ✓ Por otra parte, el Acuerdo Ministerial 64, emitido en Ecuador y vigente desde 2017, establece los criterios legales que rigen la práctica de las profesiones sanitarias, haciendo una síntesis de los puntos más relevantes, mencionamos que esta, define que, para ejercer, el profesional debe poseer un título de tercer nivel reconocido, aprobar el examen de habilitación y haber cumplido con el año de salud rural, si corresponde, de esta manera notamos que este marco normativo exige que los profesionales ejerzan dentro de los límites de sus competencias, basadas en conocimientos, habilidades y experiencia, asegurando la atención de calidad y respeto a la bioética, además, enfatiza la vigilancia del Ministerio de Salud Pública frente a prácticas negligentes o ilegales, consolidando un ejercicio responsable y seguro de la salud comunitaria (MSP No. 0064-2017, 2017).

- ✓ Así mismo de acuerdo con la **Ley Orgánica de Carrera Sanitaria**, complementa el marco normativo ecuatoriano al regular la gestión del talento humano en salud, incluyendo aspectos como el ingreso, permanencia, evaluación y desarrollo profesional, esta ley establece principios de igualdad, mérito y transparencia en la administración de los recursos humanos sanitarios, garantizando condiciones laborales dignas y mecanismos de capacitación continua. Así también esta normativa promueve el fortalecimiento institucional a través de la profesionalización del personal de salud, con el fin de mejorar la calidad y eficiencia de los servicios ofrecidos a la población, en especial en contextos comunitarios. Para el interno de enfermería, esta ley refuerza su rol dentro de un sistema que valora la formación y el ejercicio profesional responsable
- ✓ (Asamblea Nacional Ecuador, 2022)

En conjunto, estas leyes aseguran un marco normativo robusto que respalda el accionar del personal de enfermería comunitaria, promoviendo un ejercicio profesional legal, ético y centrado en el respeto de los derechos humanos.

### **Importancia en la formación y competencias del interno de Enfermería**

El conocimiento y aplicación del marco normativo no solo son esenciales para cumplir con la legislación vigente, sino también para garantizar la calidad y seguridad en los cuidados brindados por el interno de enfermería, de esta manera justo en la práctica comunitaria, donde se interactúa directamente con grupos vulnerables, la comprensión de los derechos en salud permite promover acciones equitativas y humanizadas. Comprender y aplicar el marco normativo permite al interno:

- ✓ Ejercer una práctica segura, ética y legal.
- ✓ Promover los derechos de salud en la comunidad, conforme al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- ✓ Participar activamente en la formulación y evaluación de políticas locales de salud, de acuerdo con la estrategia de Atención Primaria de Salud de la OPS.
- ✓ Fortalecer la capacidad de gestión y liderazgo comunitario, conforme al Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) y a las recomendaciones de la Declaración de Astana.
- ✓ Además, contribuye a la adquisición de competencias legales y éticas necesarias para enfrentar escenarios de responsabilidad profesional, asegurando la protección de los derechos de los

pacientes y la aplicación de protocolos establecidos por el Ministerio de Salud Pública, en concordancia con la Ley Orgánica de Salud.

- ✓ Por último, la adquisición de estas competencias favorece la participación del interno en procesos de vigilancia epidemiológica, promoción de la salud y atención primaria basada en la equidad, calidad y acceso universal, principios fundamentales de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (ODS 3).

### **Justicia en la atención de enfermería y derecho a la salud**

La justicia constituye un principio ético y legal fundamental en la práctica de enfermería, particularmente en escenarios comunitarios, es así que la denominada justicia sanitaria se refiere a la equidad en el acceso a los servicios de salud, sin importar diferencias económicas, étnicas o geográficas, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud quien señala lo siguiente *"la equidad en salud implica que los recursos se distribuyen según las necesidades, y los servicios se prestan con base en la justicia social"*. Así también desde la perspectiva de la Teoría de la Justicia de John Rawls, una sociedad equitativa es aquella donde las desigualdades solo son permisibles si benefician a los grupos más vulnerables (RAWLS, 1971). Este enfoque, trasladado al ámbito sanitario, implica priorizar la atención a quienes se encuentran en condiciones de mayor riesgo o necesidad, tal como promueve la atención primaria y el principio de justicia distributiva.

En este sentido mencionamos que, el derecho a la salud es inseparable del principio de justicia en la atención de enfermería, la Declaración Universal de Derechos Humanos, en su Artículo 25, establece que *"toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le garantice salud y bienestar"*, este derecho comprende la atención preventiva, curativa, paliativa y de rehabilitación. Así mismo en el marco legal de Ecuador, la Constitución (Art. 3, 32 y 361), la Ley Orgánica de Salud y la Ley de Derechos del Paciente reafirman que los servicios sanitarios deben ser accesibles, equitativos y de alta calidad para todos.

El interno de enfermería tiene la responsabilidad de aplicar este principio enfocándose en poblaciones en situación de pobreza, zonas rurales o grupos altamente vulnerables, garantizando así una atención ética y justa. La práctica de la justicia en enfermería también abarca una distribución ética de los recursos, la protección de los pacientes frente a desigualdades, y la promoción de la participación de la comunidad en la toma de decisiones sanitarias, este

enfoque empodera al interno como un agente de transformación y defensor de la salud como un derecho humano esencial.

### **3.2 Salud pública como política y campo de acción en enfermería comunitaria**

Una vez analizadas las leyes nacionales e internacionales que rigen a la salud pública en general, sugerimos que la salud pública se constituye como una política pública esencial y un campo multidisciplinario orientado a mejorar las condiciones de vida y bienestar de las poblaciones, mediante la promoción de la salud, prevención de enfermedades, protección de la salud y vigilancia epidemiológica, es así que en el contexto de la enfermería comunitaria, conocer los fundamentos, objetivos y ejes de la salud pública es clave para desarrollar acciones basadas en evidencia, centradas en la equidad y orientadas al desarrollo humano sostenible.

En este sentido la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud pública como el conjunto de esfuerzos organizados por la sociedad para proteger, promover y restaurar la salud de las poblaciones. Estos esfuerzos involucran la acción coordinada de distintos sectores y la participación activa de la comunidad, enfocándose en los determinantes sociales de la salud (OMS, 2018) (OPS, 2020).

#### **Objetivos de la Salud Pública**

- 1.** Mejorar el estado de salud general de la población.
- 2.** Reducir desigualdades en salud entre grupos sociales.
- 3.** Prevenir enfermedades y discapacidades evitables.
- 4.** Promover entornos saludables en comunidades y territorios.
- 5.** Garantizar el acceso equitativo a servicios esenciales de salud.

#### **Ejes Estratégicos de la Salud Pública**

- ✓ **Promoción de la salud:** Fortalecer capacidades individuales y colectivas para mejorar las condiciones de vida.
- ✓ **Prevención de enfermedades:** Acciones anticipatorias como vacunación, tamizajes y educación sanitaria.
- ✓ **Protección de la salud:** Regulación sanitaria, control ambiental y vigilancia epidemiológica.
- ✓ **Atención integral:** Acceso a servicios de salud de calidad y continuidad del cuidado.

## Principios de la Salud Pública

- ✓ **Universalidad:** Garantiza la cobertura de toda la población.
- ✓ **Equidad:** Disminución de brechas sociales y territoriales.
- ✓ **Intersectorialidad:** Participación de diversos sectores en la acción sanitaria.
- ✓ **Participación social:** Protagonismo de la comunidad en la gestión de su salud.
- ✓ **Sostenibilidad:** Acciones continuas y efectivas en el tiempo.

## Salud Pública como Política Pública

Considerar la salud como una política pública significa que su garantía es responsabilidad del Estado, que debe diseñar e implementar leyes, programas, y estrategias que aseguren el bienestar colectivo. Esto implica:

- ✓ Formulación de marcos normativos en salud.
- ✓ Financiamiento justo y suficiente.
- ✓ Gestión de sistemas de salud accesibles y de calidad.
- ✓ Evaluación constante de resultados e impacto.

## Funciones Esenciales de la Salud Pública

1. **Monitoreo y evaluación de la salud, el bienestar y la equidad:** Seguimiento de indicadores de salud, determinantes sociales y desempeño del sistema sanitario.
2. **Vigilancia en salud pública, control y gestión de riesgos y emergencias:** Identificación y respuesta oportuna ante amenazas sanitarias.
3. **Promoción y gestión de la investigación y el conocimiento en salud:** Desarrollo de evidencia científica para informar políticas y prácticas.
4. **Formulación e implementación de políticas de salud y legislación:** Creación de marcos normativos que garanticen derechos y protejan la salud.
5. **Participación y movilización social, inclusión de actores y transparencia:** Involucramiento ciudadano y rendición de cuentas en salud pública.
6. **Desarrollo de recursos humanos en salud:** Formación continua y distribución adecuada del personal sanitario.
7. **Acceso y uso racional de medicamentos y tecnologías sanitarias:** Garantía de disponibilidad y calidad de insumos esenciales.

8. **Financiamiento eficiente y equitativo en salud:** Asignación de recursos que asegure sostenibilidad y acceso universal.
9. **Acceso equitativo a servicios integrales de salud de calidad:** Eliminación de barreras para atención continua y centrada en la persona.
10. **Acceso equitativo a intervenciones de promoción de salud y prevención:** Facilitación de acciones que fomenten comportamientos saludables.
11. **Gestión y promoción de las intervenciones intersectoriales:** Coordinación entre sectores para abordar los determinantes sociales de la salud.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido un conjunto de Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) que sirven como base para la organización y evaluación de los sistemas sanitarios. Estas funciones abarcan aspectos clave para garantizar el bienestar colectivo y permiten orientar la acción intersectorial con equidad, eficiencia y calidad (OPS, 2020).

**Competencias y habilidades clave que desarrolla el Interno de Enfermería:** con el discernimiento de las leyes, normas y políticas de salud pública el interno desarrolla y afianza sus competencias y habilidades, tales como:

- ✓ **Competencia en gestión comunitaria:** Capacidad para planificar, ejecutar y evaluar proyectos de intervención en salud basados en diagnóstico situacional y evidencia científica.
- ✓ **Habilidad en liderazgo sanitario:** Coordinación de acciones intersectoriales, facilitación de procesos comunitarios y promoción de la participación social.
- ✓ **Competencia en vigilancia epidemiológica:** Aplicación de procesos de monitoreo, análisis e interpretación de datos de salud para la toma de decisiones.
- ✓ **Habilidad en promoción y prevención:** Diseño e implementación de actividades de educación sanitaria, campañas y estrategias de prevención de enfermedades.
- ✓ **Competencia ética y social:** Intervención respetuosa con las diversidades culturales y sociales, con énfasis en la justicia sanitaria.
- ✓ **Habilidad para evaluar servicios de salud:** Participación en procesos de mejora de la calidad, aplicando estándares y evaluando resultados.

Estas competencias son esenciales para que el interno se desempeñe como un profesional integral, con visión crítica, compromiso ético y capacidad de liderazgo en la transformación de la salud pública desde una perspectiva comunitaria.

### **3.3 Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI): Enfoque, desarrollo e impacto en la práctica de Enfermería comunitaria**

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) es la piedra angular de la organización sanitaria en Ecuador, dirigido a garantizar el acceso equitativo, eficiente y culturalmente adecuado a servicios integrales de salud, este surgió en respuesta a la necesidad de superar la fragmentación de los sistemas de salud, promoviendo la participación social, la interculturalidad y la atención centrada en las personas y sus comunidades, a continuación se describen algunos hitos importantes desde sus inicios:

- ✓ El enfoque del MAIS-FCI y de otros modelos integrales de salud nace de la Declaración de Alma-Ata de 1978, conferencia internacional organizada por la OMS y UNICEF, que sentó las bases de la Atención Primaria de Salud (APS) como estrategia esencial para alcanzar la salud para todos, esta declaración reconoció la salud como un derecho humano fundamental y abogó por sistemas de salud accesibles, equitativos y basados en la participación activa de la comunidad (MSP Ecuador, 2013).
- ✓ Desde Alma-Ata, los países han adaptado y renovado sus sistemas de salud para cumplir con los principios de APS, integrando modelos de atención que respondan a sus contextos locales, en este contexto a 40 años de la conferencia se dio la conferencia de Astaná (2018) donde se reafirmaron estos compromisos, instando a los gobiernos a invertir en la APS como pilar fundamental de la cobertura sanitaria universal y la salud sostenible (OMS, 1978) (OMS, 2018).
- ✓ En Ecuador, la adopción del MAIS-FCI representa la materialización de los principios de Alma-Ata adaptados a la realidad sociocultural del país, incluyendo el Buen Vivir (Sumak Kawsay) como eje rector, integrando la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos, enfocándose en los determinantes sociales de la salud y la participación comunitaria, así mismo su desarrollo se ha visto influenciado por experiencias internacionales exitosas, consolidando una estrategia integral para garantizar el derecho a la salud.

## **Enfoque Internacional y Regional de Modelos Integrales de Salud**

A nivel mundial, los sistemas de salud han evolucionado hacia modelos integrados que priorizan la equidad, el acceso universal y la atención primaria, estos modelos están influenciados por la Declaración de Alma-Ata de 1978, la cual estableció la Atención Primaria de Salud (APS) como estrategia clave para alcanzar "Salud para Todos", de este modo este enfoque ha sido reafirmado en conferencias posteriores, como la de Astaná en 2018, destacando la necesidad de fortalecer la APS como base de los sistemas de salud, a continuación se detallan algunos modelos de atención a nivel mundial:

- ✓ En Europa, el Sistema Nacional de Salud del Reino Unido (NHS) ejemplifica un modelo universal financiado con fondos públicos, centrado en la APS y en la gestión de enfermedades crónicas. En Canadá, el sistema de salud también es público, con enfoque en la APS como base de la provisión de servicios.
- ✓ En Latinoamérica, diversos países han adoptado modelos inspirados en Alma-Ata, por ejemplo, en Brasil, el Sistema Único de Salud (SUS) y la Estrategia Saúde da Família implementan la APS mediante la organización territorial, equipos multidisciplinarios y el abordaje de determinantes sociales.
- ✓ Chile, por su parte, desde 2005 aplica el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, que promueve la participación ciudadana, la equidad territorial y la inclusión de saberes ancestrales.
- ✓ Otros países como Costa Rica han consolidado modelos basados en equipos de APS que han logrado cobertura universal con resultados sanitarios destacados.

Estos modelos internacionales y regionales coinciden en su orientación a la equidad, la cobertura universal, y la participación comunitaria, pilares centrales de la Declaración de Alma-Ata, y se constituyen en referentes para el desarrollo y fortalecimiento del MAIS-FCI en Ecuador.

**Desarrollo del MAIS-FCI en Ecuador:** Implementado oficialmente mediante el Acuerdo Ministerial 725-1162, el MAIS-FCI responde a los principios constitucionales del Buen Vivir (Sumak Kawsay), priorizando la salud como derecho y la equidad en el acceso a servicios (Constitución de la República del Ecuador, 2008), así mismo orienta sus acciones según los ciclos de vida, determinantes sociales de la salud y la atención intercultural, utilizando herramientas como la ficha familiar, la visita domiciliaria y la dispensarización.

**Objetivos y Principios del MAIS-FCI:** El MAIS-FCI tiene como objetivo: fortalecer la atención primaria mediante la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos, garantizando la participación comunitaria y la intersectorialidad. Sus principios incluyen la universalidad, equidad, calidad, participación, interculturalidad y continuidad en la atención.

**Implementación y Resultados:** El modelo MAIS-FCI se implementa a través de equipos de atención integral que operan en todos los niveles territoriales del Ecuador (zonas, distritos y circuitos) y niveles de complejidad (I, II y III nivel), esta estrategia prioriza la atención domiciliaria, comunitaria y en instituciones educativas y laborales, con un enfoque que articula acción preventiva, promocional y de atención curativa integral. A continuación, mencionaremos algunos estudios relevantes que han documentado los efectos del MAIS-FCI en términos de equidad en salud y cobertura.

**Tabla 18:** Estudios sobre la aplicación del MAIS

| <b>Título del Estudio</b>                                                                    | <b>Autores</b>                   | <b>Temática Principal</b>                                                       | <b>Conclusiones Relevantes</b>                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Modelo de salud y desigualdades sociales en Ecuador: avances y desafíos</b>               | (Lamelas, 2020)                  | Desigualdades sociales en el acceso a la salud y evaluación del MAIS en Ecuador | El MAIS ha mejorado el acceso a servicios, pero persisten inequidades en salud asociadas a pobreza, etnicidad y ubicación geográfica. Se requiere fortalecer el primer nivel de atención y el enfoque intercultural para reducir estas brechas. |
| <b>Modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural (MAIS-FCI)</b> | (Eva I. Dominguez Bernita, 2017) | Evaluación del modelo MAIS-FCI en contextos comunitarios                        | El MAIS-FCI promueve una atención centrada en la comunidad, fortalece la participación social y permite una mejor organización territorial. Aun así,                                                                                            |

|                                                                           |                                |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                           |                                |                                                                                       | existen desafíos en la implementación homogénea en todo el país.                                                                                                                                                      |
| <b>Community medicine and state provision of health care in Ecuador</b>   | (Sommer Aldulaimi, 2017)       | Crítica al enfoque estatal del sistema de salud durante la Revolución Ciudadana       | La medicina social impulsada por el Estado puede debilitar la organización comunitaria al centralizar las decisiones. Se recomienda una mayor inclusión de actores comunitarios en la planificación de salud pública. |
| <b>La revolución ciudadana y la atención primaria en salud en Ecuador</b> | (Burke, 2018)                  | Análisis del sistema de salud durante el gobierno de la Revolución Ciudadana          | Se registraron avances en infraestructura y cobertura del primer nivel de atención. No obstante, se identifica falta de sostenibilidad financiera y dificultades en el enfoque intercultural dentro del MAIS.         |
| <b>Evaluación del enfoque de salud familiar y comunitaria</b>             | Espinosa, G. & Vega, L. (2018) | Evaluación del desempeño del enfoque de salud familiar y comunitario en zonas rurales | El enfoque familiar y comunitario mejora la capacidad resolutive del primer nivel y favorece la continuidad del cuidado, pero enfrenta barreras logísticas y de capacitación del personal.                            |

**Fuente:** Elaboración propia.

La implementación del modelo enfrenta desafíos estructurales como la sostenibilidad financiera, la cobertura desigual en zonas rurales e indígenas, y la insuficiente incorporación efectiva del enfoque intercultural, además, los estudios coinciden en que el MAIS-FCI ha generado espacios de participación comunitaria más amplios y ha mejorado la capacidad resolutive del sistema, no obstante, también advierten sobre el riesgo de centralización en la toma de decisiones que puede debilitar el protagonismo de las comunidades, lo cual refuerza la necesidad de consolidar una salud comunitaria crítica, participativa y contextualizada.

Para el interno de enfermería, este cuerpo de evidencia aporta fundamentos clave para el desarrollo de competencias en atención primaria, enfoque territorial, trabajo intersectorial y participación social, pilares esenciales en la formación profesional orientada al cuidado integral y comunitario, así mismo es importante para que el interno tenga una visión concreta del sistema de salud y pueda generar oportunidades de mejora continua.

### **Principios Fundamentales del MAIS-FCI**

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) se sustenta en principios que guían la organización de la atención sanitaria en Ecuador. Estos principios están alineados con la promoción del derecho a la salud, la equidad y el respeto por la diversidad cultural:

- **Universalidad:** Garantiza que todas las personas tengan acceso a servicios de salud sin discriminación, como derecho fundamental.
- **Equidad:** Busca reducir las desigualdades sociales y territoriales en salud, priorizando a los grupos más vulnerables.
- **Calidad:** Promueve la prestación de servicios seguros, efectivos y centrados en las necesidades de las personas.
- **Participación Social:** Involucra a las comunidades en la planificación y evaluación de servicios, empoderándolas como corresponsables de su salud.
- **Interculturalidad:** Reconoce y valora las diversas prácticas culturales en salud, facilitando un enfoque inclusivo que integra saberes ancestrales.
- **Continuidad:** Asegura la atención integral a lo largo de toda la vida y en todos los niveles del sistema de salud.

## **Estructura del sistema de salud en Ecuador y niveles de atención**

El sistema de salud ecuatoriano está compuesto por el Ministerio de Salud Pública (MSP) como rector y proveedor principal, y una Red Complementaria de Servicios de Salud que incluye al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), y prestadores privados y comunitarios. Esta estructura busca garantizar el acceso universal a servicios de salud a través de una Red Integral de Salud (RIS), articulada para la eficiencia y la continuidad de la atención (MSP, 2013).

El sistema se organiza en niveles de atención según la complejidad de los servicios:

- **Primer nivel:** Atención primaria, prevención, promoción, detección precoz, tratamiento de patologías comunes, rehabilitación y cuidados paliativos básicos.
- **Segundo nivel:** Atención especializada, diagnóstico y tratamiento de complejidad media.
- **Tercer nivel:** Alta especialidad, hospitalización y tratamientos de alta complejidad.

### **Primer nivel de atención en el contexto del MAIS-FCI**

El primer nivel constituye la base operativa del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), orientado a resolver la mayoría de las necesidades de salud de la población, su objetivo es prevenir enfermedades, promover la salud, diagnosticar y tratar afecciones comunes, realizar rehabilitación básica y ofrecer cuidados paliativos.

### **Clasificación de los establecimientos de atención primaria**

Los establecimientos de salud del primer nivel se clasifican en:

- **Tipo A (Puestos de Salud):** Establecimientos con baja capacidad resolutoria, ubicados en zonas rurales o de difícil acceso. Ofrecen servicios básicos de promoción, prevención y atención de patologías comunes. Operados por personal de salud comunitaria y enfermería.
- **Tipo B (Centros de Salud sin Internación):** Cuentan con infraestructura para atención ambulatoria, servicios de medicina general, enfermería, odontología, obstetricia, vacunación, planificación familiar y toma de

muestras de laboratorio. Realizan atención programada y de emergencia básica.

- **Tipo C (Centros de Salud con Internación):** Tienen mayor capacidad resolutive. Además de servicios ambulatorios, cuentan con camas de hospitalización básica, laboratorio clínico, farmacia, imagenología y atención de partos sin complicaciones. Operan las 24 horas.

### **Equipo Básico de Atención Primaria en Salud (EBAPS)**

Está compuesto por médico/a general, enfermero/a, odontólogo/a, obstetra y personal auxiliar o de apoyo comunitario. El equipo trabaja de manera multidisciplinaria y está encargado de acciones de salud en la comunidad asignada.

### **Trabajo Intramural y Extramural**

- **Trabajo Intramural:** Actividades realizadas dentro del establecimiento de salud. Incluyen consulta médica, atención de enfermería, atención odontológica, vacunación, entrega de medicamentos, educación para la salud, control prenatal, planificación familiar y seguimiento de enfermedades crónicas.
- **Trabajo Extramural:** Acciones fuera del establecimiento, como visitas domiciliarias, brigadas de atención, campañas de salud, intervención en instituciones educativas y lugares de trabajo, así como coordinación intersectorial. Se enfatiza la identificación de determinantes sociales de la salud y la participación comunitaria activa.

### **Intervención a nivel individual, familiar y comunitario**

- **Individual:** Atención personalizada considerando el ciclo de vida (niñez, adolescencia, adultez, vejez), basada en riesgos y necesidades de salud.
- **Familiar:** Evaluación de las condiciones del hogar, relaciones intrafamiliares, hábitos y estilos de vida, con enfoque en la prevención de riesgos y promoción de entornos saludables.

- **Comunitario:** Análisis de la realidad local, organización comunitaria, identificación de problemas colectivos, planificación de intervenciones participativas y promoción de la salud a nivel colectivo.
- **Equipo Básico de Atención Primaria (EBAPS)** está conformado por médico, enfermero/a, odontólogo/a, obstetra y personal de apoyo, quienes ejecutan acción intramural (dentro del establecimiento) y extramural (visitas domiciliarias, acciones en la comunidad, instituciones educativas y laborales).

### **Importancia para la formación y competencias del interno de Enfermería**

La comprensión del MAIS-FCI es fundamental en la formación de los internos de enfermería, quienes deben desarrollar competencias en atención comunitaria, promoción de la salud, identificación de determinantes sociales y uso de herramientas como la ficha familiar, de esta manera su formación debe orientarse al trabajo intersectorial, el respeto intercultural, y la participación comunitaria, claves para garantizar el derecho a la salud desde una perspectiva integral. Entre las competencias clave que el interno de enfermería fortalece mediante el conocimiento y aplicación del MAIS-FCI se encuentran:

- ✓ **Valoración integral de la persona, familia y comunidad:** Capacidad para evaluar las necesidades de salud considerando factores biológicos, sociales, culturales y ambientales, utilizando instrumentos como la ficha familiar y el análisis de determinantes sociales.
- ✓ **Promoción y prevención en salud:** Habilidad para diseñar e implementar estrategias educativas y preventivas en diversos contextos comunitarios, integrando herramientas de planificación sanitaria y comunicación efectiva.
- ✓ **Gestión del cuidado:** Capacidad para planificar, ejecutar y evaluar intervenciones de enfermería tanto en el ámbito intramural como extramural, fortaleciendo el enfoque de atención continua y centrada en la persona.
- ✓ **Trabajo en equipo multidisciplinario:** Habilidades de colaboración con otros profesionales del EBAPS, fomentando el enfoque integral e intersectorial en salud.
- ✓ **Competencia intercultural:** Aplicación de un enfoque respetuoso e inclusivo hacia la diversidad cultural en la atención sanitaria, reconociendo y valorando prácticas tradicionales de salud.

- ✓ **Participación comunitaria:** Fomento de la organización y liderazgo comunitario, impulsando la corresponsabilidad en salud y la sostenibilidad de las acciones implementadas.

**Tabla 19:** Evolución del sistema de salud en Ecuador (Inca Ruiz, 2023)

| Período                        | Modelos y Reformas de Salud | Impacto / Observaciones                                                                                                                                    | Eventos Cruciales / Implementaciones                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Década de 1980</b>          | Modelos Biologicistas       | Construcción masiva de hospitales y adquisición de equipos, pero sin responder a necesidades reales.                                                       | <b>1980:</b> Creación del Consejo Nacional de Salud (CONASA). <b>1980s:</b> Implementación del Programa Nacional de Medicina Rural. <b>1980s:</b> Influencia del paradigma de Level y Clak en la salud pública.                                                        |
| <b>Década de 1990</b>          | SILOS / SAFIC               | Desarrollo de Sistemas Locales de Salud (SILOS), fortalecimiento de la APS, e implementación del Modelo de Salud Familiar, Integral y Comunitario (SAFIC). | <b>1988:</b> OPS propone desarrollo de SILOS. <b>1990s:</b> Implementación del Proyecto de Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud en el Ecuador (FASBASE). <b>1999:</b> Inicio del Proyecto Modernización de los Servicios de Salud (MODERSA). |
| <b>Nuevo Milenio 2000-2010</b> | Crisis y Reformas           | Ley del Sistema Nacional de Salud (2002), Congresos por la Salud y la Vida (2002, 2004), Ley Orgánica de Salud (2006).                                     | <b>2000s:</b> Incremento de beneficiarios de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. <b>2000-2007:</b> Implementación del AUS en Quito, Guayaquil y Cuenca. <b>2008:</b> Nueva Constitución, inicia                                                    |

|                  |                                         |                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                  |                                         |                                                                                                     | proceso de transformación del estado.                                                                                                                                                                                               |
| <b>2010-2020</b> | Transformación del Sector Salud         | Fortalecimiento de la autoridad sanitaria nacional, creación de agencias reguladoras ARCSA y ACESS. | <b>2010s:</b> Diseño e implementación del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI). <b>2010-2017:</b> Incremento del presupuesto en salud, contratación de más profesionales de salud. |
| <b>2020-2022</b> | Pandemia de COVID-19 y Nuevas Políticas | Enfrentamiento de la crisis sanitaria, económica y social causada por la pandemia.                  | <b>2020-2022:</b> Implementación de estrategias de respuesta a la pandemia, Plan de Vacunación COVID-19. <b>2021:</b> Nuevo gobierno de corte neoliberal, destacando la vacunación masiva                                           |

**Fuente:** Elaboración propia.

## Caso de Estudio

**Contexto:** En la comunidad rural de Pucará (zona costera del Ecuador), el Centro de Salud Tipo B ha detectado mediante la ficha familiar un aumento en los casos de anemia y parasitosis en niños menores de 10 años, la población presenta altos niveles de pobreza, prácticas inadecuadas de higiene, y limitado acceso a agua segura.

**Situación:** Como interno de enfermería comunitaria, formas parte del Equipo Básico de Atención Primaria (EBAPS), se te ha solicitado diseñar una intervención comunitaria aplicando el enfoque del MAIS-FCI y considerando el marco normativo vigente.

### **Actividades esperadas:**

1. Identificar los determinantes sociales de salud presentes en la comunidad.
2. Proponer acciones intramurales y extramurales específicas para abordar la situación de anemia y parasitosis.
3. Establecer estrategias de participación comunitaria y articulación intersectorial.
4. Señalar qué principios del MAIS-FCI sustentan tu intervención.
5. Identificar qué normas y leyes del Ecuador respaldan tu plan de acción (por ejemplo: Constitución de la República del Ecuador, Ley Orgánica de Salud, Código Orgánico de la Salud, normas técnicas del MSP, entre otras).
6. Reflexiona sobre el rol del interno de enfermería en este contexto, considerando la corresponsabilidad social y los principios de equidad, participación e interculturalidad.

En conclusión, el marco normativo y político establece las directrices fundamentales. Seguidamente se examinará la Atención Primaria de Salud (APS), permitiendo articular teoría, normativa y práctica en la comunidad.

## Referencias bibliográficas

- ALMEIDA ET. AL., G. O. (2018). LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS A 40 AÑOS DE LA DECLARACIÓN DE ALMA-ATA. *REV PANAM SALUD PUBLICA*. DOI:HTTPS://DOI.ORG/10.26633/RPSP.2018.104
- Asamblea Nacional Ecuador. (2008). *Asamblea Nacional Ecuador*. Obtenido de [https://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion\\_de\\_bolsillo.pdf](https://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf)
- Asamblea Nacional Ecuador. (2022). *Biblioteca LEXIS*. Obtenido de Biblioteca LEXIS: <https://www.lexis.com.ec/biblioteca/ley-organica-carrera-sanitaria>
- Asamblea Nacional Ecuador. (2022). *Ley Orgánica de Salud (Última Reforma 29-04-2022)*, Segundo Suplemento del Registro Oficial 53, 29-IV-2022. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
- Burke, K. F. (2018). La Revolución Ciudadana and social medicine: Undermining community in the state provision of health care in Ecuador. *Global Public Health*, 14(6-8). doi:DOI: 10.1080/17441692.2018.1481219
- CIE . (2021). *Código de ética del cie para las enfermeras revisado en 2021*. (CIE, Ed.) Ginebra: Place Jean Marteau. Recuperado el 28 de 02 de 2025, de <https://www.icn.ch>
- COIP. (2024). *Ministerio De Defensa Nacional*. Obtenido de <https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2024/05/COIP.pdf>
- CONGRESO NACIONAL. (s.f.). *V/ LEX Información jurídica*. Obtenido de Ley 57. Ley de ejercicio profesional de enfermeras: <https://vlex.ec/vid/ley-57-ley-ejercicio-643461489>
- Conti et al., C. A. (2021). La enfermera familiar y comunitaria: una visión general de la práctica de la profesión en Europa. *Asistencia Inferm*, 40(3):131-136. doi: <https://doi.org/10.1702/3694.36821>

- De La Guardia, G. M. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *JONNPR, Volumen 5 Numero 1 pp 81-90*. doi: 10.19230/jonnpr.3215
- Del Arco et.al., B. I. (2021). *Empoderamiento comunitario para la promoción de la salud*. Universidad de Lleida .
- Diana Guzys, R. B. (2020). Introducción a la atención primaria y comunitaria en salud. *Cambridge*, 460. doi:<https://doi.org/10.1017/9781108868396>
- Díaz et al., D. B. (2019). El rol del profesional de enfermería en el sistema de atención primaria de salud en Ecuador. *Universidad, ciencia y tecnología*( Vol. 21, N° 02 2019), 140-144. Recuperado el 10 de 03 de 2025, <https://uctunexpo.autanabooks.com/index.php/uct/article/view/231>
- Espinosa et al. (15 de 07 de 2022). Rol de Enfermería en la atención de salud pública. Vol. 6, No. Esp.44, 2022. doi: <https://journalprosciences.com/index.php/ps/issue/view/44>
- Eva I. Dominguez Bernita, C. H. (2017). Modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural. *Dominio de las Ciencias*, 3(2), 921-935. doi:<http://dx.doi.org/10.23857/dom.cien.pocaip.2017.3.2.esp.40-65>
- Inca Ruiz, G. P. (2023). Evolución del Sistema de Salud desde 1979 hasta 2022 en Ecuador. *LA CIENCIA AL SERVICIO DE LA SALUD Y NUTRICIÓN,, Vol14.Iss1.219*. doi:<https://doi.org/10.47187/cssn.Vol14.Iss1.219>
- Kruahong et. al., S. T. (2023). Empoderamiento comunitario: un análisis de concepto. *Journal of Advanced Nursing*. doi: <https://doi.org/10.1111/jan.15613>
- Lalani, M. F. (2019). transformación de los servicios de enfermería comunitaria en el Reino Unido: lecciones de una evaluación participativa de la implementación de un nuevo modelo de enfermería comunitaria en el este de Londres basado en los principios del modelo holandés Buur. *BMC Health Services Research*, 19. doi:<https://doi.org/10.1186/s12913-019-4804-8>
- Lalonde, M. (2002). Perspectivas de los héroes de la salud pública de la OPS / New perspective on the health of Canadians: 28 years later. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. doi:<https://iris.paho.org/handle/10665.2/8528>

- Lamelas, V. ( 2020). Modelo de salud y desigualdades sociales en Ecuador: avances y desafíos. Una revisión sistemática. . *Revista de Salud Pública* . doi:<https://doi.org/10.1007/s10389-019-01183-0>
- Mina-Villalta, G. Y.-B. (2023). nfermería Comunitaria y su Contribución a la Salud Pública en Ecuador. *Revista Científica Zambos*, 41-55. doi:<https://doi.org/10.69484/rcz/v2/n1/37>
- MSP. (22 de 12 de 2006). *LEY DE DERECHOS Y AMPARO DEL PACIENTE*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Normativa-Ley-de-Derechos-y-Amparo-del-Paciente.pdf>
- MSP. (2018). *Ministerio de Salud Pública del Ecuador*. Obtenido de INICIATIVA HEARTS, promocion de la salud: <https://www.salud.gob.ec/promocion-de-la-salud/>
- MSP. (16 de enero de 2024). Comunicado: MSP garantiza el bienestar de usuarios y personal sanitario en establecimientos de salud. Quito, Pichincha, Ecuador. Recuperado el 11 de marzo de 2025, de <https://www.salud.gob.ec/comunicado-msp-garantiza-el-bienestar-de-usuarios-y-personal-sanitario-en-establecimientos-de-salud/#:~:text=establecimientos%20de%20salud-,COMUNICADO:%20MSP%20garantiza%20el%20bienestar%20de%20usuarios%20y,sanitario%20en%20establ>
- MSP Ecuador. (2013). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS*. Quito, Ecuador.
- MSP No. 0064-2017. (08 de 06 de 2017). *DIRECTRICES PARA EL EJERCICIO DE LAS PROFESIONES DE LA SALUD*. Obtenido de GOB.EC: <https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2018-10/Acuerdo%20Ministerial%2064%20Registro%20Oficial%208%20de%2006-jun.-2017.pdf>
- MSP-CES. (23 de junio de 2015). *Salud.gob.ec*, Registro Oficial Suplemento 377 de 18-nov.-2014. (M. d. Superior, Editor) doi:<https://www.salud.gob.ec/articulacion-academica/>
- OMS. (09 de 2005). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Constitución de la Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/about/governance/constitution>

- OMS Constitución . (1946). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Constitución de la OMS: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
- ONU. (16 de 12 de 1996). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Obtenido de <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>
- ONU. (25 de 09 de 2015). *Departamento de Asuntos Económicos y Sociales - Desarrollo sostenible*. doi:<https://sdgs.un.org/es/goals/goal3>
- OPS. (10 de 04 de 1976). "Informe Del Comité Del Programa de Libros de Texto de La OPS/OMS Para La Enseñanza de Enfermería En Salud Comunitaria,". *Organización Panamericana de la Salud*, 10(4), 372-388. doi:<https://iris.paho.org/handle/10665.2/39454>
- OPS. (2020). *Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción*. Washington, D.C: Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. doi:<https://doi.org/10.37774/9789275322642>
- OPS. (11 de 04 de 2024). *Organización Panamericana De La Salud*, file:///C:/Users/Usuario/Downloads/gtmanalisisbarrerasaccesoassen22dms4das.pdf. Recuperado el 11 de marzo de 2025, de ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD: <https://www.paho.org/es/documentos/analisis-barreras-acceso-servicios-salud-valoracion-condiciones-esenciales-22-distritos>

## **CAPITULO IV ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (APS)**

**Figura 10: Profesora y Estudiantes de enfermería en actividades de atención primaria de salud antes de salir a la comunidad**



**Fuente:** Elaboración propia (2025).

La fotografía muestra a un grupo de estudiantes de enfermería junto a su profesora durante su internado rotativo, participando en prácticas comunitarias como parte de las estrategias de Atención Primaria de Salud (APS).

La Atención Primaria de Salud (APS) ha sido reconocida globalmente como el pilar fundamental para la organización de los sistemas sanitarios, orientada a garantizar el derecho a la salud de forma equitativa, accesible y participativa, en este sentido desde su proclamación en la Declaración de Alma-Ata en 1978, ha evolucionado, dando paso a enfoques más inclusivos y sostenibles, además, constituye el eje fundamental de los sistemas sanitarios modernos, orientado a garantizar el derecho a la salud mediante una atención accesible, integral, continua y centrada en las personas, las familias y las comunidades.

En el contexto ecuatoriano, se articula con la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el enfoque de determinantes sociales y el ciclo de vida, integrando estrategias y programas definidos en la cartera de servicios del Ministerio de Salud Pública (MSP), a través del conocimiento de la historia natural de la enfermedad y la intervención oportuna en los diferentes niveles de prevención, se fortalece la capacidad resolutoria del primer nivel de atención, por tanto, comprender la APS es clave para la formación de los internos de Enfermería Comunitaria, quienes deben adquirir competencias

para identificar necesidades, promover el bienestar y participar activamente en la gestión del cuidado.

**Objetivo del capítulo:** Reconocer la importancia de la Atención Primaria en Salud como estrategia organizadora del sistema de salud y su relación con la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, los determinantes sociales, la historia natural de la enfermedad y la implementación de programas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

**Finalidad de aprendizaje:**

- ✓ Describir la evolución de la APS (de Alma-Ata a la APS renovada) y sus implicaciones para la práctica actual.
- ✓ Diferenciar promoción de la salud y prevención de la enfermedad y aplicarlas a problemas priorizados del territorio.
- ✓ Diseñar intervenciones educativas basadas en evidencia para distintos grupos etarios y poblacionales.
- ✓ Integrar determinantes sociales y enfoque de curso de vida en el análisis y la intervención.
- ✓ Implementar estrategias de seguridad para el personal y la comunidad en entornos con vulnerabilidad e inseguridad.
- ✓ Evaluar resultados de las intervenciones mediante indicadores y propuestas de mejora continua.

**Preguntas de reflexión:**

- ✓ ¿Cuál es el papel de la APS en la mejora del estado de salud de las comunidades?
- ✓ ¿De qué manera los determinantes sociales de la salud influyen en la equidad y el acceso a los servicios?
- ✓ ¿Qué estrategias de promoción de la salud implementa el MSP en el primer nivel de atención?
- ✓ ¿Cuáles son las competencias que debe desarrollar el interno de Enfermería para aportar a una APS efectiva?

**Temas:**

- ✓ Evolución de la APS: De Alma-Ata a la APS Renovada
- ✓ Atención primaria en salud como política de salud pública
- ✓ Promoción de la Salud
- ✓ Prevención de la Enfermedad

#### **4.1 Evolución de la APS: De Alma-Ata a la APS Renovada**

La Atención Primaria de Salud (APS) fue establecida como eje central de los sistemas de salud en la Declaración de Alma-Ata de 1978, la cual proclamó la salud como un derecho humano fundamental y señaló que su realización requiere la acción multisectorial y la participación comunitaria. En esta conferencia se definió a la APS como la atención esencial basada en métodos y tecnologías científicamente fundados, accesibles a todos, que constituyen el primer nivel de contacto de los individuos con el sistema sanitario (Almeida et. al., 2018).

Durante las décadas siguientes, sin embargo, la implementación de la APS fue limitada y, en muchos contextos, reducida a servicios básicos para grupos vulnerables, dejando de lado su visión transformadora e integral. Esta simplificación motivó la necesidad de una revisión profunda que permitiera revitalizar sus principios e integrar los nuevos retos sanitarios y sociales.

En 2007, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) presentó la iniciativa de Renovación de la APS en las Américas, enfatizando la necesidad de fortalecer el primer nivel de atención, mejorar la equidad, y garantizar el acceso universal a servicios integrales de salud, esta APS renovada se concibe como estrategia organizativa de los sistemas de salud, que articula la promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación, con énfasis en la calidad, participación social e intersectorialidad. En este sentido en el 2018, conmemorando los 40 años de Alma-Ata, la Conferencia de Astana reafirmó el compromiso con la APS como medio para lograr la cobertura universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), destacando la integración de servicios, la gobernanza participativa y el empoderamiento comunitario como pilares de una APS moderna, equitativa y sostenible (OMS, 2018).

**Tabla 20:** Línea de Tiempo: Evolución de la APS

| <b>Año</b>  | <b>Evento Clave</b>                                          | <b>Organismo Respaldante</b>                |
|-------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>1978</b> | Declaración de Alma-Ata: Salud como derecho humano universal | Organización Mundial de la Salud (OMS)      |
| <b>2007</b> | Renovación de la APS en las Américas                         | Organización Panamericana de la Salud (OPS) |
| <b>2018</b> | Declaración de Astana: APS renovada para los ODS             | OMS y OPS                                   |
| <b>2023</b> | Estrategias integradas de APS y RISS                         | OMS, OPS y sistemas de salud nacionales     |

**Fuente:** Elaboración propia.

La evolución de la APS refleja su consolidación como política global respaldada por organismos internacionales, que promueven su implementación como vía para alcanzar la equidad, eficiencia y sostenibilidad de los sistemas de salud, así mismo la Atención Primaria de Salud (APS) fue establecida como eje central de los sistemas de salud en la Declaración de Alma-Ata de 1978, la cual proclamó la salud como un derecho humano fundamental y señaló que su realización requiere la acción multisectorial y la participación comunitaria. En esta conferencia se definió a la APS como la atención esencial basada en métodos y tecnologías científicamente fundados, accesibles a todos, que constituyen el primer nivel de contacto de los individuos con el sistema sanitario (Almeida et. al., 2018).

Durante las décadas siguientes, sin embargo, la implementación de la APS fue limitada y, en muchos contextos, reducida a servicios básicos para grupos vulnerables, dejando de lado su visión transformadora e integral. Esta simplificación motivó la necesidad de una revisión profunda que permitiera revitalizar sus principios e integrar los nuevos retos sanitarios y sociales.

### **Principios Fundamentales de la APS**

La Atención Primaria de Salud (APS) se basa en un conjunto de principios esenciales que orientan la organización, gestión y prestación de los servicios de salud en todos los niveles. Estos principios garantizan que la atención sea equitativa, centrada en la persona y adaptada a las necesidades específicas de cada comunidad, permitiendo construir sistemas de salud más eficientes, accesibles y sostenibles (OMS, 2018).

1. **Equidad en salud:** Consiste en la garantía de acceso universal a servicios de salud de calidad, sin discriminación por motivos socioeconómicos, culturales, étnicos o geográficos, de esta manera busca reducir las desigualdades en salud y promover la justicia sanitaria.
2. **Participación social y comunitaria:** Impulsa el involucramiento activo de la población en la planificación, ejecución y evaluación de las políticas y acciones de salud, considerando que la participación empodera a las comunidades, fortalece su autonomía y mejora la eficacia de las intervenciones.
3. **Accesibilidad:** Los servicios deben ser oportunos, disponibles y estar geográficamente al alcance de toda la población, de este modo La accesibilidad también implica la ausencia de barreras económicas, culturales y administrativas que limiten el uso de los servicios.
4. **Integralidad de la atención:** Se refiere a la provisión de cuidados continuos que abarquen la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, así mismo, La atención integral debe considerar al individuo en todas sus dimensiones: física, emocional, social y cultural.
5. **Intersectorialidad:** Reconoce que los determinantes de la salud trascienden el sector sanitario, por lo que se requiere la articulación con otros sectores como educación, vivienda, trabajo y ambiente para abordar las causas estructurales de los problemas de salud.
6. **Sostenibilidad:** La APS debe ser sostenible en el tiempo, tanto en términos financieros como de recursos humanos y tecnológicos, esto implica una gestión eficiente, inversión continua y fortalecimiento de capacidades locales.

Estos principios son la base de un sistema de salud justo, resiliente y centrado en las personas, los mismos constituyen un marco de referencia para la formación y accionar de los profesionales de enfermería en el ámbito comunitario.

#### **4.2 Atención primaria en salud como política de salud pública**

La Atención Primaria de Salud (APS) no solo se reconoce como un nivel de atención o una estrategia organizativa, sino que se ha consolidado como una verdadera política pública en salud, orientada a garantizar el derecho universal

a la salud y la equidad en su acceso. Su consideración como política responde a su capacidad de estructurar y articular los sistemas de salud en torno a valores fundamentales como la solidaridad, justicia social y sostenibilidad, alineando los recursos y acciones del Estado con las necesidades de la población.

Como política, la APS define las directrices que orientan la planificación, financiación, organización y evaluación de los servicios de salud, desde el primer nivel de atención hasta las redes integradas de atención sanitaria. Además, influye en la formación de recursos humanos, el desarrollo tecnológico y la asignación de recursos financieros, con base en criterios de eficiencia y equidad (OPS, 2020).

En su dimensión política, la APS:

- ✓ Promueve la **participación social** y la toma de decisiones conjunta entre gobiernos, comunidades y otros sectores.
- ✓ Prioriza la **inversión en prevención y promoción** sobre la atención curativa.
- ✓ Fomenta la **responsabilidad compartida** en la salud pública, involucrando sectores como educación, vivienda y ambiente.
- ✓ Incorpora la **evaluación de impacto en salud** en todas las políticas públicas.

El respaldo de organismos como la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** y la **Organización Panamericana de la Salud (OPS)** han sido clave para posicionar a la APS como política prioritaria en los sistemas de salud, incentivando a los países a integrarla como eje de sus planes nacionales de salud y como vía para alcanzar la cobertura universal de salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (OPS, 2020) (OMS, 2018).

La APS renovada es reconocida como una estrategia de organización de sistemas de salud basada en derechos, centrada en la persona y orientada a resultados sostenibles. Integra:

- ✓ **Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).**
- ✓ **Desarrollo de recursos humanos capacitados.**
- ✓ **Promoción y prevención como ejes.**

## **Importancia del Conocimiento de la APS para las competencias del Interno de Enfermería**

**Figura 11: Educación para la salud sobre VIH/SIDA en un centro de atención primaria**



**Fuente:** Elaboración propia (2025).

La imagen muestra a estudiantes de enfermería durante una actividad de promoción y prevención en salud, dirigida a la comunidad usuaria de un centro de atención primaria tipo C. Se observa la utilización de material gráfico como recurso educativo para sensibilizar sobre el VIH/SIDA, este tipo de intervenciones evidencian la importancia de la educación para la salud como herramienta esencial de la Atención Primaria en Salud (APS), al fomentar la prevención, la participación comunitaria y la corresponsabilidad en el cuidado.

De este modo, comprender a la Atención Primaria en Salud (APS) no solo implica conocer un modelo organizativo del sistema de salud, sino también interiorizar una filosofía que orienta el ejercicio profesional hacia la equidad, la integralidad y la participación, por tanto, para el interno de enfermería, adentrarse en la historia, principios, reformas y evolución de la APS es una base fundamental que permite comprender el porqué de su rol activo dentro de la comunidad.

Así mismo, por ejemplo, para el Interno de Enfermería el conocer sobre los antecedentes de la APS desde su formalización en la Conferencia de Alma-Ata (1978), siguiendo por las reformas sanitarias basadas en el derecho a la salud, hasta la APS renovada amparada por la OPS y la OMS van a permitir al interno desarrollar un pensamiento crítico y ético frente a las desigualdades sociales, culturales y territoriales, lo cual se traduce en la capacidad de tomar decisiones basadas en evidencia, con un enfoque en la prevención y el trabajo interdisciplinario.

De igual manera estos conocimientos impulsan competencias clave en la formación del profesional de enfermería tales como:

- ✓ Identificación de determinantes sociales de la salud
- ✓ Intervención en redes comunitarias de cuidado
- ✓ Diseño y ejecución de proyectos con participación social
- ✓ Evaluación de resultados en salud desde un enfoque territorial
- ✓ Promoción de estilos de vida saludables en todos los ciclos de vida

En la Región de las Américas, la APS renovada busca reducir desigualdades, incrementar la eficiencia del gasto en salud y fortalecer la resolutivez del primer nivel de atención, además la Atención Primaria en Salud (APS) no solo representa un modelo organizativo y un enfoque político, sino que también sienta las bases conceptuales para comprender dimensiones clave como la promoción de la salud, por ende conocer la evolución, fundamentos y aplicaciones de la APS permite al interno de enfermería comprender que su rol no se limita a la prevención de enfermedades, sino que también abarca el empoderamiento comunitario, el fortalecimiento de entornos saludables y la acción social, por tanto a continuación estudiaremos a la promoción de la salud la cual emerge como uno de los pilares operativos más importantes de la APS, ya que transforma los principios generales en acciones concretas para mejorar el bienestar individual y colectivo.

#### 4.3 Promoción de la Salud

**Figura 12: Promoción de la salud a adolescentes escolares**



**Fuente:** Elaboración propia (2025).

La imagen presenta a un estudiante de enfermería realizando una actividad educativa con un grupo de adolescentes en un entorno escolar, este tipo de intervenciones reflejan la importancia de la promoción de la salud como pilar de la APS, ya que permiten fortalecer conocimientos, fomentar hábitos saludables y prevenir riesgos desde edades tempranas, contribuyendo al desarrollo integral de la comunidad.

La promoción de la salud es un pilar fundamental de la APS así mismo en el quehacer del enfermero comunitario, para el contexto del internado rotativo el estudiarla no solo adquiere relevancia teórica sino también práctica ya que representa un campo de acción directa con la comunidad.

De este modo descendemos a su definición, pues la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la promoción de la salud como *“el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla”*, con este enfoque se reconoce que la salud está determinada por factores sociales, económicos, ambientales y personales, y que no basta con tratar enfermedades, sino que es imprescindible actuar sobre sus determinantes, así mismo la Carta de Ottawa (1986) refuerza esta visión y propone que la promoción de la salud va más allá del sector salud, involucrando políticas

públicas saludables, entornos saludables, el fortalecimiento de la acción comunitaria, el desarrollo de habilidades personales y la reorientación de los servicios de salud (OMS, 2012).

### **Elementos fundamentales de la promoción de la salud** (De La Guardia, 2020),

De acuerdo con De La Guardia en una revisión que realizó los elementos fundamentales de la promoción de la salud incluyen:

- ✓ **Determinantes sociales de la salud:** condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen.
- ✓ **Participación comunitaria:** involucramiento activo de la población en la identificación de problemas y soluciones.
- ✓ **Intersectorialidad:** colaboración entre diferentes sectores para mejorar la salud colectiva.
- ✓ **Educación para la salud:** formación de capacidades individuales y colectivas para el autocuidado y la toma de decisiones saludables. (OMS, 1998)

El mismo autor indica en su artículo que la educación para la salud es más que una estrategia, en la considera una oportunidad para lograr el aprendizaje mediante la alfabetización sanitaria de la comunidad en general, incluido el mejoramiento del conocimiento de las personas en relación con su salud y el desarrollo de habilidades individuales para su autocuidado con miras a la colectividad, así mismo sugiere que es emergente poner ímpetu en la APS caso contrario los resultados serán negativos, ya que no hay esperanza en el ámbito curativo.

### **Principios de la promoción de la salud**

La promoción de la salud se basa en principios éticos y operativos que orientan su implementación:

- ✓ Equidad en salud
- ✓ Justicia social
- ✓ Participación democrática
- ✓ Respeto a la diversidad cultural
- ✓ Empoderamiento de la comunidad

Estos principios promueven un enfoque salutogénico, centrado en los factores de protección y la capacidad de las personas para mantener y mejorar su salud (OPS, OMS, 2022)

### **Estrategias de promoción de la salud**

Las estrategias fundamentales de la promoción de la salud incluyen:

- ✓ Fortalecer entornos saludables
- ✓ Facilitar la participación y el empoderamiento de la comunidad
- ✓ Fortalecer la gobernanza y la acción intersectorial y abordar los Determinantes Sociales de la Salud
- ✓ Fortalecer los sistemas y servicios de salud

Según la OPS (1992), estas estrategias deben ser implementadas con participación activa de la comunidad y articuladas con las políticas sociales y económicas (OPS, OMS, 2022).

### **Diferencias entre promoción de la salud y prevención de enfermedades**

Aunque a menudo se utilizan como sinónimos, estos conceptos tienen diferencias claras a continuación se las menciona:

**Tabla 21:** Diferencias entre promoción de la salud y prevención de la enfermedad

| <b>Aspecto</b>     | <b>Promoción de la salud</b>                       | <b>Prevención de enfermedades</b>  |
|--------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Enfoque</b>     | Salutogénico: fortalezas y bienestar               | Patogénico: ausencia de enfermedad |
| <b>Alcance</b>     | Colectivo, comunitario                             | Individual, clínico                |
| <b>Estrategias</b> | Participación, empoderamiento, entornos saludables | Detección, control, tratamiento    |
| <b>Objetivo</b>    | Aumentar la capacidad de autocuidado               | Reducir riesgos y daño             |

**Fuente:** Elaboración propia.

**Tabla 22:** Evolución de la promoción de la salud según algunos acuerdos internacionales que consolidaron su importancia:

| <b>N.º</b> | <b>Conferencia/Año/Lugar</b>                  | <b>Aporte Clave</b>                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1</b>   | Carta de Ottawa (1986, Canadá)                | Establece el concepto de promoción de la salud como el empoderamiento de las personas para controlar su salud. Identifica cinco áreas de acción: políticas públicas saludables, entornos favorables, acción comunitaria, desarrollo de habilidades y reorientación de servicios (OMS, 1986). |
| <b>2</b>   | Recomendaciones de Adelaide (1988, Australia) | Subraya la importancia de las políticas públicas saludables como clave para crear entornos que favorezcan elecciones saludables. Insta a la responsabilidad gubernamental en el impacto de políticas sobre la salud (OMS, 1988).                                                             |
| <b>3</b>   | Declaración de Sundsvall (1991, Suecia)       | Enfatiza la creación de entornos saludables, señalando que las condiciones sociales, económicas y ambientales afectan directamente la salud. Promueve la equidad y sostenibilidad (OMS, 1991).                                                                                               |
| <b>4</b>   | Declaración de Yakarta (1997, Indonesia)      | Reconoce el papel del sector privado y la equidad como principios clave. Llama a la inversión en promoción de la salud como derecho humano y motor de desarrollo (OMS, 1997).                                                                                                                |
| <b>5</b>   | Declaración de México (2000, México)          | Refuerza la necesidad de alianzas estratégicas intersectoriales y la participación ciudadana para fortalecer la promoción de la salud en contextos urbanos (OMS, 2000).                                                                                                                      |
| <b>6</b>   | Declaración de Bangkok (2005, Tailandia)      | Destaca los desafíos de la globalización en salud, promoviendo políticas sostenibles y alianzas multisectoriales. Subraya derechos humanos, equidad y participación ciudadana (OMS, 2005).                                                                                                   |

|           |                                           |                                                                                                                                                                                                             |
|-----------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>7</b>  | Declaración de Nairobi (2009, Kenia)      | Resalta la promoción de la salud como responsabilidad compartida entre gobiernos, sociedad civil y sector privado. Fortalece la protección de derechos humanos como parte de la salud (ONU, 2009).          |
| <b>8</b>  | Declaración de Helsinki (2013, Finlandia) | Introduce el enfoque de "Salud en todas las Políticas". Propone que las decisiones políticas consideren impactos sanitarios para lograr equidad en salud (OMS, 2013).                                       |
| <b>9</b>  | Declaración de Río (2011, Brasil)         | Refuerza la acción sobre determinantes sociales de la salud, destacando la intersectorialidad y equidad como elementos esenciales del desarrollo sostenible (OMS, 2011).                                    |
| <b>10</b> | Declaración de Shanghái (2016, China)     | Promueve el conocimiento en salud, la gobernanza inclusiva y la acción local para mejorar salud urbana. Relaciona salud con todos los ODS (OMS, 2016).                                                      |
| <b>11</b> | Carta de Ginebra (2021, Suiza)            | Afirma la salud como derecho y recurso clave para bienestar. Llama a alianzas globales para fortalecer promoción de la salud en todos los contextos, enfocándose en salud planetaria y equidad (OMS, 2021). |

**Fuente:** Elaboración propia.

### **Ejemplos internacionales de promoción de la salud**

bajo el respaldo de la OMS y de la OPS a nivel mundial se han implementado múltiples proyectos para reforzar la promoción de la salud; demostrando de esta manera que, el compromiso político, el enfoque intersectorial y la participación comunitaria pueden generar transformaciones significativas en salud pública, mencionaremos algunos ejemplos destacados documentados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (OPS, 2019):

- ✓ **Canadá:** El país ha sido pionero en políticas públicas saludables, es así como el programa "ParticipACTION" promovió la actividad física a nivel

nacional, además, las ciudades saludables y las escuelas promotoras de salud han sido ampliamente adoptadas como parte de un enfoque intersectorial e integral.

- ✓ **Finlandia:** El proyecto North Karelia, iniciado en 1972, logró una reducción sustancial en enfermedades cardiovasculares mediante acciones educativas, cambios en políticas agrícolas y participación comunitaria, de esta manera este modelo ha sido reconocido globalmente por su éxito y replicabilidad.
- ✓ **Reino Unido:** Con su campaña "Change4Life", el NHS ha implementado programas enfocados en hábitos alimenticios saludables, actividad física y reducción del consumo de azúcares, así estas acciones se vinculan con escuelas, medios de comunicación y atención primaria.
- ✓ **Australia:** ¡La estrategia "Slip! Slop! Slap!" es un referente mundial en prevención del cáncer de piel, esta enfoca la promoción del uso de protector solar, ropa protectora y sombra se realiza en escuelas, playas y espacios públicos, vinculando salud y entorno.
- ✓ **Chile:** El programa "Elige Vivir Sano" es una política interministerial que promueve estilos de vida saludables a través de entornos escolares, laborales y comunitarios. Se centra en alimentación, actividad física, salud mental y convivencia social.
- ✓ **Tailandia:** Ha desarrollado políticas nacionales para el control del consumo de tabaco, incluyendo impuestos, zonas libres de humo, y campañas educativas. Además, el Fondo de Promoción de la Salud (ThaiHealth) financia múltiples iniciativas comunitarias y educativas.
- ✓ **Cuba:** Su modelo de salud comunitaria incorpora a médicos y enfermeros de familia como actores clave en la promoción de la salud, realizando visitas domiciliarias, educación sanitaria y acciones de vigilancia epidemiológica desde la atención primaria.
- ✓ **Ruanda:** A través de su red de trabajadores comunitarios de salud, se implementan acciones de promoción como nutrición infantil, higiene, vacunación y salud reproductiva, fortaleciendo la equidad en zonas rurales.

Estos casos demuestran que la promoción de la salud no es un lujo, sino una necesidad para alcanzar la equidad, reducir desigualdades sanitarias y fomentar sociedades resilientes.

## **Promoción de la salud en Ecuador**

De igual manera nuestro país no se queda de lado, a través del ente rector que es el MSP se ejecutan estrategias enfocadas a la promoción de la salud entre las cuales se destacan las siguientes:

- ✓ Gestión Interna de Salud Sexual y Salud Reproductiva
- ✓ Lactancia Materna Ecuador
- ✓ Reconocimiento de Responsabilidad Nutricional a restaurantes y cafeterías a nivel nacional
- ✓ Estrategia Agita Tu Mundo
- ✓ Comité Interinstitucional de Lucha Antitabáquica - CILA
- ✓ Salud Mental
- ✓ Unidad de Nutrición
- ✓ Ecuador Sin Tabaco

Así como en la sesión Campañas encontramos:

- ✓ Ecuador sin muertes maternas
- ✓ Etiquetado de alimentos
- ✓ Ecuador saludable, Voy por ti
- ✓ Chao humo, Ecuador libre de humo
- ✓ Medidas de prevención para contrarrestar enfermedades por la época invernal
- ✓ Respira Ecuador, Libre de tuberculosis
- ✓ Concientización del uso de recetas, medicamentos genéricos y prohibición de visita médica

También, es importante mencionar que se cuenta con bibliografía básica que guían el quehacer del equipo de salud de atención primaria entre los cuales recalcamos las siguientes:

- ✓ Manual de Educación y Comunicación para Promoción de la Salud (MSP, 2019)
- ✓ Programa Nacional Municipios y Mercados Saludables
- ✓ Manual de actividades esenciales de promoción y prevención por parte de los Técnicos de Atención Primaria en Salud -TAPS (MSP, 2018)
- ✓ Manual de atención integral en salud en contextos educativos - MAIS - CE (MSP, 2018)
- ✓ Actividad Física por curso de vida.
- ✓ Capacitaciones en Promoción de la Salud.

## Importancia en la formación del enfermero comunitario

La promoción de la salud forma parte del eje transversal del perfil profesional del enfermero, por tanto, esta competencia implica no solo el conocimiento de las estrategias y principios mencionados, sino su aplicación ética y culturalmente pertinente en contextos reales, de esta manera el internado rotativo permite al estudiante consolidar habilidades como:

- ✓ Diagnóstico comunitario participativo
- ✓ Planificación e implementación de intervenciones educativas
- ✓ Articulación con actores sociales
- ✓ Evaluación participativa de impactos

Además, el rol del interno se transforma en un agente de cambio, fortaleciendo su liderazgo y visión crítica frente a las desigualdades sociales en salud.

**Tabla 23:** Estrategias de promoción de la salud, principios, competencias y ejemplos comunitarios

| <b>Estrategia de la OMS</b>                                       | <b>Principio relacionado</b>              | <b>Competencia del interno de enfermería comunitaria</b>                        | <b>Ejemplo práctico en la comunidad</b>                           |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Fortalecer entornos saludables</b>                             | Equidad, justicia social                  | Promover entornos seguros y saludables en escuelas, hogares y espacios públicos | Implementar huertos escolares y señalética antitabaco en colegios |
| <b>Facilitar la participación y el empoderamiento comunitario</b> | Participación democrática, empoderamiento | Conformar y liderar grupos comunitarios participativos                          | Organizar comités de salud barriales para control del dengue      |
| <b>Fortalecer la gobernanza y la acción intersectorial</b>        | Intersectorialidad, equidad               | Coordinar campañas con instituciones educativas,                                | Diseñar una feria intersectorial con                              |

|                                                       |                                     |                                                                                          |                                                                                      |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                       |                                     | gobiernos locales y ONGs                                                                 | participación del municipio, escuelas y centros de salud                             |
| <b>Abordar los determinantes sociales de la salud</b> | Justicia social, equidad en salud   | Desarrollar talleres educativos sobre alimentación, higiene, vivienda digna              | Realizar jornadas sobre nutrición infantil y economía del hogar en zonas vulnerables |
| <b>Fortalecer sistemas y servicios de salud</b>       | Reorientación de servicios, equidad | Capacitar al personal de salud en promoción de la salud y uso de herramientas educativas | Brindar talleres al personal del subcentro sobre educación para la salud             |

**Fuente:** Elaboración propia.

Por ende, es necesario aterrizar en el sistema de salud nacional, por ello se presenta una matriz con las acciones específicas del MAIS relacionadas a la promoción de la salud con el objetivo de la práctica comunitaria y ejemplos para el interno de enfermería que cursa su rotación en la APS:

**Tabla 24:** Acciones específicas del MAIS en promoción de la salud

| <b>Acción propuesta en el MAIS</b>                                                     | <b>Objetivo en la práctica comunitaria</b>                         | <b>Ejemplo práctico en la rotación del interno</b>                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Identificar factores sociales y culturales que afectan la salud de la comunidad</b> | Comprender el contexto local para adaptar estrategias de promoción | Diagnostico situacional de salud, actualización de ficha familiar, aplicar encuestas socioeconómicas, guías de observación o entrevista durante visitas domiciliarias |

|                                                                       |                                                                            |                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Realizar diagnóstico participativo con líderes comunitarios</b>    | Involucrar a la comunidad en la identificación de necesidades              | Organizar mesas de diálogo comunitario con autoridades y líderes barriales para generar el plan local de salud |
| <b>Planificar intervenciones con enfoque intercultural</b>            | Diseñar acciones pertinentes cultural y socialmente                        | Planificar charlas de salud con costumbres y saberes locales                                                   |
| <b>Promover redes de apoyo comunitario</b>                            | Fortalecer la cohesión social para el cuidado colectivo                    | Impulsar la formación de grupos de apoyo para personas con enfermedades crónicas                               |
| <b>Educar sobre prácticas saludables con enfoque de ciclo de vida</b> | Acompañar con pertinencia procesos educativos dirigidos a todas las edades | Realizar talleres diferenciados para niños, adolescentes, adultos y adultos mayores, grupos focales.           |

**Fuente:** Elaboración propia.

Ahora bien, para fortalecer aún más las competencias del interno de enfermería comunitaria, es esencial comprender los procesos sociales que permiten que la comunidad asuma un rol activo en el cuidado de su salud, de esta manera, se abordan dos componentes clave de la promoción de la salud que sustentan las acciones educativas, preventivas y de intervención: la participación comunitaria y el empoderamiento.

### **Participación comunitaria y empoderamiento**

Es así como, la participación comunitaria se define como el proceso mediante el cual las personas se involucran activamente en la identificación de sus necesidades, en la planificación, ejecución y evaluación de acciones para mejorar su salud, de acuerdo con la OMS, es uno de los ejes fundamentales de la promoción de la salud y del desarrollo sostenible. Por su parte el empoderamiento comunitario, es aquel que implica que las personas ganen mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan su bienestar, es decir no se trata únicamente de "participar", sino de adquirir capacidades, ejercer derechos y transformar realidades.

A continuación, se sintetizan los tipos de participación comunitaria con ejemplos aplicables (OPS, OMS, 2022):

**Tabla 25:** Tipos de participación comunitaria

| <b>Tipo de participación comunitaria</b> | <b>Características principales</b>                                                        | <b>Ejemplo aplicado</b>                                                                         |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Informativa</b>                       | La comunidad solo recibe información sin posibilidad de dar retroalimentación ni decidir. | El personal de salud entrega folletos informativos sobre prevención del dengue en una escuela.  |
| <b>Consultiva</b>                        | Se solicita la opinión de la comunidad, pero las decisiones las toma el personal técnico. | Se consulta a los líderes comunitarios sobre horarios para una jornada de vacunación.           |
| <b>Interactiva</b>                       | La comunidad participa activamente en la toma de decisiones junto con los profesionales.  | Planificación de una feria de salud donde la comunidad decide los temas y actividades a tratar. |
| <b>Empoderada o Proactiva</b>            | La comunidad lidera las decisiones, implementa y evalúa las acciones de salud.            | Comité de salud barrial que organiza y ejecuta campañas contra enfermedades respiratorias.      |

**Fuente:** Elaboración propia.

Conforme a la bibliografía analizada se sugiere que el proceso de empoderamiento de la comunidad debe de ser acompañado técnicamente, sin embargo siempre se debe priorizar y respetar el protagonismo de la comunidad, en este contexto el personal de enfermería tanto profesionales como el interno actúan como facilitadores del empoderamiento mas no como ejecutores directos, lo cual implica crear condiciones para la participación, el reconocimiento de saberes locales, la construcción de agendas comunes y el fortalecimiento de capacidades sociales (Del Arco et.al., 2021).

Es importante comprender que el empoderamiento comunitario es un proceso que transcurre en etapas, y no como un objetivo inmediato, a su vez estas fases permiten que las comunidades avancen desde una toma de conciencia hasta la consolidación de acciones sostenibles, lideradas por sus propios miembros.

A continuación, se presenta un organizador gráfico que ilustra este proceso de forma estructurada y contextualizada:

**Figura 3:** Ciclos de empoderamiento comunitario.



**Fuente:** Elaboración propia.

De esta manera como futuro profesional de enfermería, el empoderamiento comunitario no solo debe entenderse como una estrategia, sino como un compromiso ético y social, estar consciente del rol como promotor de salud enfocados a acompañar a las comunidades para cumplir con este proceso se exige sensibilidad cultural, humildad profesional y habilidades para fomentar el diálogo, la corresponsabilidad y la autonomía. Por tanto, el interno de

enfermería al transformar a la comunidad va desarrollando las capacidades de escucha activa y análisis crítico, en la organización, se fortalecen habilidades de liderazgo colectivo en la planificación, se aprende a construir con otros, no para otros, en la acción, se vivencia el trabajo colaborativo y en la evaluación, se consolida la visión de mejora continua desde lo comunitario.

Invitamos al interno a reflexionar sobre su rol no como ejecutor, sino como facilitador de procesos que siembran autonomía, fortalecen redes y promueven salud desde la base social, de tal manera que vea al empoderamiento comunitario como la única vía para transformar la realidad desde la equidad y la justicia en salud.

Así mismo es significativo que se diferencien los términos participación comunitaria y empoderamiento de acuerdo con el impacto que generan en la comunidad, por ello se presenta a continuación la siguiente información:

**Tabla 26:** Resumen de la diferencias y semejanzas con ejemplos aplicables a la práctica

| <b>Aspecto</b>           | <b>Participación comunitaria (PC)</b>                                                              | <b>Empoderamiento comunitario (EC)</b>                                                                             | <b>Ejemplo aplicado PC vs EC</b>                                                                                        |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Definición</b>        | Proceso de involucramiento activo de la comunidad en acciones que afectan su salud.<br>(OMS, 2022) | Proceso de adquisición de poder, habilidades y autonomía para tomar decisiones sobre salud.<br>(Wallerstein, 2006) | Taller comunitario donde se consulta sobre necesidades de salud vs. comunidad organizando y liderando su plan de acción |
| <b>Nivel de decisión</b> | Puede incluir consulta, información o participación en ejecución.                                  | Supone liderazgo comunitario en diagnóstico, toma de decisiones y evaluación.                                      | Reunión informativa sobre vacunación vs. comité comunitario que decide                                                  |

|                              |                                                                       |                                                                            | cómo implementarla                                                                                      |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Relación con el poder</b> | Puede no implicar cambios estructurales en la distribución del poder. | Implica redistribución del poder y control real por parte de la comunidad. | Consulta sobre diseño de afiches vs. comunidad creando y distribuyendo su propio material educativo     |
| <b>Sostenibilidad</b>        | Puede depender del apoyo externo.                                     | Se orienta a la autogestión comunitaria.                                   | Actividad puntual con apoyo técnico vs. grupo comunitario que mantiene campañas de salud cada trimestre |
| <b>Proceso</b>               | Puede ser puntual o estructurado.                                     | Es progresivo, continuo y transformador.                                   | Participación en encuesta barrial vs. liderazgo sostenido en planificación anual del comité de salud    |

**Fuente:** Elaboración propia.

A continuación, se detallan metodologías claves para fomentar la participación y empoderamiento comunitario:

- ✓ **Educación crítica basada en el diálogo:** Implica promover espacios de aprendizaje donde las personas puedan reflexionar sobre su realidad, cuestionarla y actuar para transformarla.
  - **Ejemplo:** Realizar círculos de diálogo con mujeres de la comunidad sobre salud sexual y reproductiva, donde puedan compartir experiencias y construir soluciones colectivas.
- ✓ **Desarrollo de habilidades de liderazgo y comunicación comunitaria:** Consiste en fomentar capacidades en líderes

comunitarios y ciudadanos para que puedan movilizar recursos, organizar acciones colectivas y representar las voces de sus comunidades.

- **Ejemplo:** Capacitar a jóvenes líderes para que sean voceros en campañas de prevención del consumo de sustancias.
- ✓ **Organización de redes comunitarias y grupos locales:** Implica la creación o fortalecimiento de estructuras organizadas dentro de la comunidad que se articulen para el trabajo en salud.
  - **Ejemplo:** Apoyar la consolidación de grupos de apoyo para cuidadores de adultos mayores, coordinando reuniones periódicas y formación básica en autocuidado.
- ✓ **Trabajo intersectorial e intercultural para resolver determinantes sociales:** Promueve la colaboración entre diferentes sectores (educación, vivienda, medio ambiente, gobiernos locales) respetando los saberes culturales.
  - **Ejemplo:** Coordinar con escuelas y municipios jornadas de salud escolar respetando las costumbres alimenticias locales para diseñar menús saludables.

De igual manera con el fin de consolidar la comprensión teórica y práctica de la participación y el empoderamiento comunitario, se presenta a continuación una matriz estructurada, la cual es una herramienta que permite vincular los distintos niveles de participación con las acciones que realiza el interno durante su rotación comunitaria, las competencias establecidas en el internado rotativo de enfermería y las habilidades blandas y duras que se desarrollan en este proceso, además, se incluyen ejemplos concretos que orientan la aplicación contextualizada de estas acciones en las comunidades.

**Tabla 27 complementaria:** Participación y empoderamiento comunitario relacionados con acciones, competencias e intervenciones del interno

| <b>Tipo de participación o empoderamiento</b> | <b>Acción del interno rotativo</b>             | <b>Competencia del internado rotativo</b> | <b>Habilidad desarrollada</b>         | <b>Ejemplo aplicado en la comunidad</b>  |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------|
| <b>Participación informativa</b>              | Distribución de material educativo sobre temas | Planifica y aplica acciones de promoción  | Dura: diseño de material /<br>Blanda: | Reparto de trípticos en escuelas rurales |

|                                   |                                                                                                                                     |                                                                                                 |                                                                                           |                                                                                                           |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                   | específicos de salud                                                                                                                | por ciclos de vida del MSP                                                                      | comunicación clara y asertiva                                                             | explicando medidas preventivas del dengue                                                                 |
| <b>Participación consultiva</b>   | Aplicación de encuestas sobre percepciones de salud                                                                                 | Elaboración del diagnóstico situacional y aplicación de microproyecto de intervención           | Dura: manejo de encuestas / Blanda: escucha activa y empatía                              | Conversatorio con madres sobre barreras de acceso al control prenatal                                     |
| <b>Participación interactiva</b>  | actualización de diagnóstico dinámico de salud, fichas familiares para el Codiseño y ejecución de visitas, actividades extramurales | Cumplimiento de herramientas en el Modelo de Atención Integral (mapa parlante, comité de salud) | Dura: planificación de eventos / Blanda: liderazgo y trabajo colaborativo                 | Feria de salud donde comunidad propone temas como alimentación saludable y vacunación                     |
| <b>Empoderamiento comunitario</b> | Formación y fortalecimiento de comités locales de salud                                                                             | Promueve procesos sostenibles con participación activa de la comunidad y empoderamiento         | Dura: facilitación de procesos / Blanda: liderazgo social, autonomía y toma de decisiones | Creación y acompañamiento de un comité barrial que organiza mingas y monitorea enfermedades transmisibles |

**Fuente:** Elaboración propia.

Por otra parte es importante resaltar que diversos estudios han señalado que el empoderamiento comunitario mediante procesos educativos en salud no demuestran resultados inmediatos, sino que requiere tiempo, acompañamiento sostenido y una construcción social progresiva, en este contexto de acuerdo con experiencias previas y programas implementados en América Latina y el Caribe, se estima que un verdadero empoderamiento comunitario puede tomar entre 6 meses y 2 años, dependiendo del contexto, de la cohesión social del grupo y de la capacidad institucional para sostener procesos participativos (Del Arco et.al., 2021).

Este proceso implica superar la lógica de las intervenciones puntuales o informativas, e incorporar metodologías educativas activas, participación intersectorial y ciclos continuos de evaluación, de tal manera que el tiempo no solo es una variable cronológica, sino una condición necesaria para consolidar cambios estructurales, liderazgo local y apropiación social del proceso de salud, a continuación se presenta una estructura actualizada con una estimación más realista del tiempo y elementos clave para cada fase del empoderamiento, sin embargo estos tiempos son orientativos y deben adaptarse al contexto, disponibilidad de actores sociales y objetivos del programa.

### **Propuesta metodológica para implementar el proceso de empoderamiento comunitario en una comunidad específica**

Para facilitar la aplicación práctica del ciclo de empoderamiento comunitario durante la rotación de enfermería, se propone la siguiente secuencia metodológica dividida en fases:

1. **Diagnóstico comunitario participativo (1 mes):**
  - Aplicación de mapeo parlante y entrevistas.
  - Reuniones barriales para identificar necesidades.
  - Sistematización de datos con participación de actores locales.
2. **Construcción colectiva de capacidades (2 a 3 meses):**
  - Formación de líderes comunitarios y promotores de salud.
  - Talleres sobre derechos en salud, autocuidado y determinantes sociales.
  - Fortalecimiento de comités de salud y redes de apoyo.
3. **Diseño e implementación de microproyectos comunitarios (3 a 6 meses):**
  - Codiseño de planes de acción con la comunidad.
  - Ejecución de campañas educativas, ferias, mingas.

- Seguimiento con acompañamiento técnico del interno y el centro de salud.

**4. Evaluación participativa y sostenibilidad (1 a 2 meses):**

- Evaluación de impacto percibido por la comunidad.
- Ajuste de estrategias y sistematización de experiencias.
- Identificación de líderes que continúen el proceso.

Para facilitar la aplicación en las competencias del interno se presenta una plantilla la misma que se sugiere utilizar para la planificación de microproyectos comunitarios:

**Tabla 28:** Plantilla completa para la planificación del microproyecto comunitario del interno de enfermería

| <b>Elemento</b>                      | <b>Descripción / Instrucción</b>                                                                                          |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nombre del microproyecto</b>      | Indicar un título claro, breve y contextualizado del proyecto.                                                            |
| <b>Nombre del interno/a</b>          | Nombre completo del estudiante que ejecutará el proyecto.                                                                 |
| <b>Tutor responsable</b>             | Docente o profesional del centro de salud que brinda el acompañamiento académico.                                         |
| <b>Centro de salud de referencia</b> | Nombre del centro de salud o unidad operativa en donde se articula el trabajo.                                            |
| <b>Fecha de ejecución</b>            | Desde la planificación inicial hasta la evaluación final. Ejemplo: febrero a julio de 2025.                               |
| <b>Comunidad o sector</b>            | Nombre del barrio, parroquia o zona rural donde se implementará.                                                          |
| <b>Problema identificado</b>         | Redactar brevemente el problema de salud priorizado por la comunidad, basado en diagnóstico participativo.                |
| <b>Justificación</b>                 | Explicar por qué es necesario el proyecto.<br>Mencionar el impacto esperado.                                              |
| <b>Objetivo general</b>              | Declarar qué se pretende lograr a nivel amplio.                                                                           |
| <b>Objetivos específicos</b>         | Enumerar de 2 a 4 objetivos concretos y medibles.                                                                         |
| <b>Población beneficiaria</b>        | Describir quiénes serán los principales participantes y beneficiarios.                                                    |
| <b>Actividades principales</b>       | Lista de actividades con su nombre, tipo, responsables y duración. Ejemplo: talleres, mingas, ferias, visitas, reuniones. |
| <b>Actores involucrados</b>          | Comunidad organizada, promotores, líderes barriales, municipio, escuelas, ONGs, personal de salud.                        |

|                                  |                                                                                                                    |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Metodología</b>               | Explicar cómo se llevarán a cabo las actividades (participativa, intercultural, lúdica, educativa).                |
| <b>Recursos necesarios</b>       | Humanos, materiales, logísticos, didácticos, espacios físicos.                                                     |
| <b>Indicadores de evaluación</b> | Cuantitativos: # de participantes, % de cobertura, satisfacción.<br>Cualitativos: cambios percibidos, testimonios. |
| <b>Resultados esperados</b>      | Qué cambios se esperan en conocimientos, prácticas, organización o condiciones de salud.                           |
| <b>Sostenibilidad</b>            | ¿Quién continuará el proceso después del egreso del interno? ¿Cómo se mantiene el proyecto activo?                 |
| <b>Anexos</b>                    | Material gráfico, fotografías, lista de asistencia, afiches creados, cronograma detallado, etc.                    |

**Fuente:** Elaboración propia.

Continuando con la Promoción de la salud es importante mencionar que esta no puede entenderse sin una adecuada educación sanitaria ni, sin procesos de comunicación efectivos, por ende en el contexto del internado rotativo en enfermería comunitaria, estas herramientas se convierten en pilares fundamentales para la transformación social en salud, la movilización comunitaria y el empoderamiento colectivo, es así que educar en salud implica no solo transmitir conocimientos, sino facilitar el desarrollo de capacidades críticas que permitan a las personas actuar sobre los determinantes sociales que influyen en su bienestar, por otro lado, educar en salud es Alfabetizar a la población.

## **Educación y Comunicación para la Promoción de la Salud**

La educación para la salud (EpS) se define como el proceso intencionado y sistemático de construcción de aprendizajes significativos que permiten modificar conocimientos, actitudes y prácticas en salud, con enfoque de derechos, equidad e interculturalidad, de tal manera la comunicación para la salud se entiende como el conjunto de estrategias, medios y acciones orientadas a facilitar el diálogo social, la participación y la transformación cultural en temas relacionados con la salud pública (MSP, 2019).

Ambos componentes deben estar articulados y ser comprendidos desde una perspectiva crítica y participativa, es así como, en lugar de promover un modelo unidireccional de transmisión de información, se debe fomentar una comunicación dialógica, horizontal y transformadora, centrada en la participación activa de los actores sociales.

## **Ejes clave en el abordaje de la educación y comunicación para la salud en el internado comunitario**

1. **Enfoque territorial:** Toda estrategia educativa y comunicacional debe responder a la realidad concreta de la comunidad, lo cual exige un diagnóstico previo de los saberes locales, canales de comunicación, barreras lingüísticas o tecnológicas, y dinámicas socioculturales.
2. **Participación social:** La construcción colectiva de mensajes y contenidos con actores comunitarios mejora la pertinencia, legitimidad y sostenibilidad de las acciones, por tanto, el interno de enfermería debe involucrar líderes comunitarios, jóvenes, docentes, madres de familia, promotores de salud y otros actores clave.
3. **Interculturalidad y equidad:** Reconocer la diversidad cultural y lingüística es esencial para evitar prácticas colonizadoras, de esta manera la educación debe empoderar sin imponer, reconociendo los saberes ancestrales y fomentando el respeto mutuo.
4. **Uso de medios y lenguajes adecuados:** Es crucial adaptar los mensajes a los lenguajes y medios disponibles y preferidos por la comunidad, lo cual incluye desde dramatizaciones y juegos hasta redes sociales, videos cortos, títeres, cuentos y afiches.

## **Rol del interno de enfermería comunitaria en procesos educativos y comunicacionales**

Durante su rotación, el interno se convierte en facilitador de aprendizajes, mediador intercultural y agente de cambio, entre sus funciones destacan:

- ✓ Diseñar y ejecutar talleres participativos sobre temas priorizados (nutrición, ITS, dengue, salud sexual, etc.).
- ✓ Crear campañas educativas adaptadas al contexto.
- ✓ Sistematizar saberes locales y promover el diálogo de saberes.
- ✓ Utilizar metodologías activas como teatro comunitario, mapas parlantes, círculos de conversación.

**Ejemplos de buenas prácticas educativas implementadas en el contexto ecuatoriano:** Según el "Manual de Educación y Comunicación para la Promoción de la Salud" del MSP, algunas metodologías exitosas incluyen (MSP, 2019):

- ✓ Cartografía social y mapeos parlantes
- ✓ Ferias interactivas de salud

- ✓ Dramatizaciones comunitarias
- ✓ Videos participativos

Estas experiencias permiten visibilizar problemáticas, promover la reflexión colectiva y fortalecer el tejido social.

**Evaluación de los procesos de educación y comunicación en salud:** La evaluación debe considerar indicadores cualitativos y cuantitativos, entre ellos:

- ✓ Cambios en conocimientos, actitudes y prácticas.
- ✓ Participación efectiva de la comunidad.
- ✓ Aceptación y comprensión de los mensajes.
- ✓ Continuidad de las acciones educativas.

### **Importancia en la formación del interno de enfermería comunitaria**

El desarrollo de competencias comunicativas, pedagógicas e interculturales es fundamental en el perfil profesional del enfermero comunitario, estas habilidades permiten incidir sobre los determinantes sociales, movilizar redes comunitarias y generar procesos sostenibles, así mismo favorecen una práctica ética, crítica y transformadora.

Es importante recordar que, Educar no es solo informar, es transformar y Comunicar no es solo hablar, es generar vínculos y facilitar procesos, por ende, el interno de enfermería comunitaria debe ver en la educación y comunicación herramientas para el cambio social, la equidad y la justicia en salud.

A continuación, se presenta una matriz clara y ordenada que vincula las competencias del interno de enfermería comunitaria, según el instrumento de evaluación, con los enfoques desarrollados en el presente capítulo y las técnicas sugeridas por el Manual de Educación y Comunicación para la Promoción de la Salud (MSP, 2019).

**Tabla 29:** competencias del internado rotativo relacionadas con educación y comunicación para la salud

| <b>Competencia del Internado Rotativo</b>                           | <b>Relación con educación y comunicación para la salud</b>                              | <b>Técnicas sugeridas del Manual MSP</b>                                                      |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Planifica y aplica acciones de promoción por ciclos de vida del MSP | Diseño y ejecución de actividades educativas adaptadas a cada etapa de vida             | Dramatizaciones, títeres, juegos educativos, cuentos, afiches                                 |
| Cumple herramientas del Modelo de Atención Integral (MAIS)          | Uso de instrumentos participativos como el mapa parlante y comité de salud              | Mapeo de actores, mapa parlante, análisis de problemas                                        |
| Realiza diagnóstico situacional y aplica microproyecto              | Diagnóstico comunitario como base para planificar estrategias educativas participativas | Cartografía social, mapeo parlante, entrevistas semiestructuradas                             |
| Participa en acciones de prevención en programas del MSP            | Educación preventiva dirigida a grupos vulnerables y priorizados                        | Ferias interactivas, casas abiertas, actividades lúdicas con población específica             |
| Aplica principios de ética, liderazgo y genera procesos de cambio   | Promueve liderazgo educativo, respeto a la diversidad y empoderamiento comunitario      | Talleres de liderazgo, formación de promotores, espacios de reflexión                         |
| Expone con claridad problemática de salud con actores involucrados  | Facilita procesos comunicacionales para decisiones colectivas en salud                  | Círculos de diálogo, asambleas comunitarias, dramatizaciones                                  |
| Utiliza TIC y recursos didácticos para la educación                 | Integra tecnologías y medios para difundir mensajes de promoción de salud               | Videos participativos, redes sociales, materiales impresos y digitales                        |
| Aplica método científico: observación, análisis y sistematización   | Evalúa impacto educativo, sistematiza experiencias y promueve mejora continua           | Sistematización de experiencias, encuestas comunitarias, círculos de evaluación participativa |

**Fuente:** Elaboración propia.

### **Actividad práctica sugerida para el interno de enfermería comunitaria**

Para aplicar los contenidos desarrollados en este capítulo, se sugiere la siguiente actividad integradora:

**Título de la actividad:** Diseño e implementación de una estrategia educativa y comunicacional en salud

**Objetivo general:** Aplicar una estrategia de educación y comunicación para la promoción de la salud en una comunidad determinada, empleando técnicas participativas y herramientas del manual del MSP.

#### **Indicaciones:**

1. Identifica un problema de salud prioritario en la comunidad a partir de un diagnóstico participativo.
2. Define un público objetivo y establece un mensaje clave.
3. Escoge al menos dos técnicas del Manual del MSP (dramatización, feria, mapa parlante, títeres, círculos de diálogo, etc.) adaptadas al grupo.
4. Diseña y ejecuta la estrategia educativa en coordinación con actores comunitarios.
5. Evalúa la participación, comprensión y satisfacción de la comunidad.
6. Sistematiza la experiencia en un informe breve con evidencias (fotografías, testimonios, resultados).

#### **Productos esperados:**

- ✓ Plan de acción con cronograma y técnica aplicada.
- ✓ Registro fotográfico o audiovisual.
- ✓ Lista de asistencia de participantes.
- ✓ Informe de evaluación.

#### **Criterios de evaluación sugeridos:**

- ✓ Pertinencia de la estrategia educativa (enfoque comunitario e intercultural).
- ✓ Creatividad y adaptación de las técnicas del manual.
- ✓ Participación activa de la comunidad.
- ✓ Claridad y profundidad del informe de sistematización.

Ahora bien, tras comprender la importancia de la educación y la comunicación en la promoción de la salud, es necesario avanzar hacia otro componente fundamental en el campo de la salud pública y comunitaria: la prevención de la enfermedad, este subtema abordará los diferentes niveles de prevención, sus principios, estrategias y el papel esencial del interno de enfermería en la implementación de acciones orientadas a reducir riesgos, evitar complicaciones y mejorar la calidad de vida de la población.

#### **4.4 Prevención de la Enfermedad**

La prevención de la enfermedad constituye uno de los pilares fundamentales de la atención primaria en salud, así mismo del ejercicio profesional del enfermero comunitario, es importante considerarla como un proceso complejo, continuo y multidimensional que responde a la evolución del concepto salud - enfermedad, es decir desde un modelo biologista a uno integral, biopsicosocial y ecológico, en la cual se considera tanto los determinantes individuales como sociales, y promueve intervenciones desde los niveles más tempranos de la historia natural de la enfermedad hasta etapas avanzadas.

Por ende antes de adentrarnos a las estrategias para prevenir las enfermedades es importante estudiar y comprender la evolución histórica de las concepciones sobre salud y enfermedad para interpretar adecuadamente el proceso general de prevención, de este modo, las definiciones que se han construido en torno a lo que significa estar sano o enfermo han guiado las prácticas preventivas en diferentes momentos históricos y contextos culturales, por lo cual el estudio de esta evolución permite al profesional de enfermería comunitaria identificar el origen de los enfoques actuales, superar visiones reduccionistas y aplicar estrategias preventivas que respondan de manera integral a las complejidades de la salud colectiva.

#### **Evolución del proceso salud-enfermedad**

El proceso salud - enfermedad es considerado dinámico y complejo, este ha venido evolucionando significativamente a lo largo de la historia, reflejando las cambiantes comprensiones de la medicina, la sociedad y la cultura, de este modo, la evolución de este proceso puede ser vista desde varias perspectivas históricas, sociales y científicas, tanto así que en la actualidad el proceso salud-enfermedad continúa evolucionando con nuevos descubrimientos científicos, cambios en las políticas de salud pública, y una mayor comprensión de los complejos factores que influyen en la salud humana, de tal manera a medida

que avanzamos, este proceso sigue reflejando un entretreído más profundo de los componentes biológicos, psicológicos, sociales y ambientales en el entendimiento de lo que significa estar sano o enfermo.

Es importante reconocer lo difícil que es escribir sobre la evolución, ya que no existe una bibliografía exacta que nos sirva de base, al contrario, se observan múltiples concepciones, no obstante, se presentan algunos hitos de la historia de su evolución, así mismo que ha estado moldeado por el contexto social, cultural y científico de cada época, es así como a continuación se describen los más importantes:

**Edad Antigua**, predominaban las concepciones mágico-religiosas, donde la enfermedad era vista como castigo divino o producto de fuerzas sobrenaturales, tanto así que, en este período, deidades como Asclepio, Higia y Panacea representaban distintos aspectos de la salud y la curación, sin embargo, la causa de la enfermedad al ser considerada un castigo enviado por el cielo, por consiguiente, no tenía ningún efecto sobre ella los medicamentos, sino sólo los ritos, los himnos y la música, sin embargo figuras clave como Hipócrates, Platón y Galeno pertenecen a esta época los que realizaron aportes significativos para comprender de mejor manera el proceso, de este modo Hipócrates fue pionero ya que con sus estudios surgieron los primeros intentos de explicación natural de la enfermedad, destacando la teoría de los humores, la influencia del medio ambiente con el equilibrio interno.

Por su parte Platón consideraba que la salud y la enfermedad se encontraban determinadas por un principio no material, lo que él le llamo, alma divina o "pneuma", y que los procesos patológicos se producen por las modificaciones de esta en los organismos y su influencia sobre los órganos, de esta manera desde una perspectiva filosófica vinculo la salud al alma y a la armonía espiritual.

Así mismo Galeno, nacido en el año 131 A.C., se cuestionaba por las causas de la enfermedad y cuestionaba que estas estaban relacionadas con la presencia de los dioses o demonios, de tal manera con la teoría del naturalismo Hipocrático y con el racionalismo de la minoría de eruditos a la que pertenecía se rechazó enérgicamente la doctrina de quienes querían introducir en la estructura de la enfermedad un elemento sobrenatural, además Galeno profundizo en la anatomía y en la fisiología humana, de esta manera trato de organizar el conocimiento medico grecorromano en una estructura sistemática la misma que influyo durante siglos. Es importante

mentar que estas contribuciones ayudaron a desplazar progresivamente las interpretaciones mágicas, asentando las bases para una comprensión más racional y observacional del proceso salud-enfermedad.

**Edad Media**, se produjo una retrocesión hacia interpretaciones místicas bajo la supremacía de la Iglesia Católica, prevalecía aun la interpretación de las causas de las enfermedades como asociadas a la ira de Dios o a la acción de los demonios, de esta manera por ejemplo en Europa occidental el conocimiento médico quedó restringido por la escolástica y el dogma religioso, lo cual limitó el desarrollo científico, sin embargo, se mantuvieron ciertas prácticas de cuidado en monasterios y surgieron hospitales que brindaban asistencia, aunque su función principal era caritativa y no curativa.

Otro hito se presenta en contraste, en el mundo árabe donde florecieron visiones más racionales y materialistas, en esta era destacó la figura de Avicena (Ibn Sina), quien sistematizó el saber médico clásico en su obra "El canon de la medicina" y anticipó la existencia de agentes invisibles como causa de enfermedades, por su parte los médicos árabes aplicaban métodos de observación y disección, además valoraban el equilibrio del ambiente, la dieta, la higiene y el control emocional como factores clave para mantener la salud, sentando así las bases para una comprensión más integral del proceso salud-enfermedad.

De esta manera se pueden sistematizar algunos aspectos relevantes de la época tales como;

- ✓ **Influencia Religiosa:** el concepto de salud se transformó significativamente bajo la influencia del cristianismo, en este sentido la salud se vinculó con ideas de pecado y salvación, donde la vida se veía como un camino hacia la muerte y la resurrección, y la integridad del ser humano se consideraba perdida debido al pecado original<sup>1 4</sup>.
- ✓ La medicina en la Edad Media, se considera un período que abarca aproximadamente desde el siglo V hasta el XV, durante este tiempo, la práctica médica estuvo fuertemente influenciada por la Iglesia y las tradiciones antiguas, lo que resultó en un enfoque que combinaba la ciencia con la espiritualidad.
- ✓ En cuanto a la influencia de la Iglesia y la Medicina Espiritual, en este contexto los clérigos asumieron roles de sanadores, priorizando la cura del alma sobre la del cuerpo, de esta manera la medicina se convirtió en una cuestión de fe, con las enfermedades vistas como castigos

divinos y las curas basadas en oraciones y prácticas religiosas, con este enfoque espiritual se reflejó en la prevalencia de relatos milagrosos de curación, que se consideraban evidencia de la intervención divina en la salud.

- ✓ No obstante, a pesar del estacionamiento de la era se dio la preservación y transmisión del Conocimiento Antiguo, es decir fue crucial para la preservación de los textos médicos de los griegos, romanos, árabes y judíos. Sin estos textos, el progreso en la medicina habría sido imposible, sobre todo la medicina árabe, en particular, contribuyó con descubrimientos químicos y tratamientos a base de plantas, aunque muchos textos aún no han sido descifrados. Por ejemplo, en Europa, los monasterios jugaron un papel clave en la conservación de estos conocimientos.
- ✓ Sin embargo en la era se reconocen algunos problemas de salud que marcaron hitos en la salud pública como, las enfermedades infecciosas la peste, tuberculosis y otras infecciones crónicas, eran comunes y reflejaban una lucha ecológica contra patógenos diversos, exacerbada por la desigualdad social

**Edad Moderna**, con el Renacimiento, se retomaron los conocimientos clásicos y se desarrolló la microbiología, se destaca en esta edad el descubrimiento de microorganismos y la aplicación del método científico los que promovieron una visión biologicista y unicausal, centrada en el agente como causa principal de enfermedad, así también, se consolidó el pensamiento médico científico y el hospital como institución central, aunque en sus inicios más orientado a la asistencia caritativa que a la cura.

**Edad Contemporánea y la Revolución Industrial**, en esta edad se marcó un hito histórico, es considerada la edad donde emergió la Salud Pública como respuesta a las deplorables condiciones de vida de la clase trabajadora, además se vincularon salud y contexto social, dando origen a la medicina social y a una visión más integral, por otra parte, a lo largo del siglo XX, el auge de las ciencias biomédicas reforzó el modelo biologicista, pero también surgieron perspectivas más amplias, como el modelo multicausal, el enfoque ecológico y el modelo biopsicosocial.

Actualmente, se reconoce que el proceso salud-enfermedad es dinámico y complejo, influido por determinantes biológicos, psicológicos, sociales, económicos, ambientales y culturales, esta visión ha sido fortalecida por la epidemiología moderna, la psicología comunitaria y las ciencias sociales

aplicadas a la salud, en este sentido el enfoque ecológico resalta la interacción entre individuo y entorno, de esta manera promueve intervenciones integrales que trascienden el ámbito clínico individual, de tal manera que este recorrido histórico permite comprender que las prácticas preventivas no pueden desligarse del marco conceptual que las sustenta, y que la enfermería comunitaria, como disciplina comprometida con la transformación social, debe integrar estos saberes para una acción crítica, efectiva y contextualizada.

**Tabla 30:** Evolución histórica de las concepciones de salud-enfermedad

| <b>Período Histórico</b> | <b>Concepción de Salud-Enfermedad</b>                                                                                                              | <b>Modelo Dominante</b>    | <b>Implicancia en la práctica sanitaria</b>                                                                 |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Edad Antigua</b>      | Mágico-religiosa.<br>Intervención de deidades como Asclepio, Higia y Panacea.<br>Hipócrates introduce causas naturales y la teoría de los humores. | Mágico-religioso / Humoral | Ritos, ofrendas, plantas medicinales.<br>Atención doméstica.<br>Primeros registros médicos en templos.      |
| <b>Edad Media</b>        | Predominio del pensamiento religioso.<br>Enfermedad como castigo divino. En el mundo árabe se mantuvieron explicaciones materialistas.             | Teológico / Escolástico    | Cuidados caritativos.<br>Monasterios como centros asistenciales.<br>Explicaciones divinas de la enfermedad. |
| <b>Edad Moderna</b>      | Aparición del método científico.<br>Descubrimiento del microscopio.                                                                                | Biologicista / Unicausal   | Diagnóstico y tratamiento. Rechazo del higienismo clásico. Hospital                                         |

|                           |                                                                                                                                                       |                                          |                                                                                                                     |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                           | Enfoque unicausal centrado en el agente biológico. Consolidación de la clínica y el hospital.                                                         |                                          | como nuevo centro de atención médica.                                                                               |
| <b>Edad Contemporánea</b> | Visión multicausal, integradora de lo biológico, social, psicológico y ecológico. Auge de la salud pública y medicina social. Enfoque biopsicosocial. | Multicausal / Ecológico / Biopsicosocial | Prevención, promoción de la salud, políticas públicas. Atención comunitaria. Interdisciplinariedad y participación. |

**Fuente:** Elaboración propia.

Es importante resaltar que tanto el proceso salud enfermedad como la definición de salud ha venido evolucionando de:

- ✓ De lo biológico a lo bio-psico-social
- ✓ De lo curativo a lo preventivo
- ✓ De lo monocausal a lo multicausal
- ✓ De lo individual a lo colectivo

En este sentido la Organización Mundial de la Salud define a la salud como: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad». Definición que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (OMS Informe, 1946) (OMS Constitución, 1946) (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948, la definición no ha sido modificada desde 1948.

Siguiendo los aspectos fundamentales que definen a la salud, algunos autores han tratado de acoplar el concepto a factores de riesgo o factores protectoras de la salud, los mismo que están presentes en cada persona como características individuales, por tal cada persona es considerada un ser holístico, en este sentido a continuación se describen algunos modelos que a lo largo de la historia se han venido estudiando.

**Modelo de determinantes de salud de Marc Lalonde 1974** (OPS , 2025)  
(Lalonde, 2002)

Fue ministro de salud de Canadá, en 1972 incorporo propuestas interesantes para la reforma de sistema de seguridad social en Canadá, en 1974 publicó un informe con el título “Nuevas perspectivas sobre la salud de los canadienses” este documento se conoció como el Informe Lalonde, el documento tuvo un efecto significativo y transformador de cómo el mundo percibía a la salud, en la actualidad la OPS sugiere que sigue siendo uno de los más fundamentales documentos de la promoción de la salud. En este sentido se rescata del informe que, diseña un marco conceptual para una comprensión holística de la salud, la misma considerada como resultado de la biología humana, medio ambiente, estilos de vida y la organización del cuidado de la salud, de esta manera el informe es considerado un hito en la historia de la salud pública.

Siguiendo el modelo a continuación se observa con más detalle:

- ✓ **Biología humana:** hace referencia a los factores biológicos inherentes a las personas, como la genética, la maduración y el envejecimiento, así como las características de los diferentes sistemas del cuerpo.
- ✓ **Medio ambiente:** abarca aspectos como los factores ambientales físicos y sociales que afectan la salud, como la contaminación, los peligros naturales y las condiciones de vivienda.
- ✓ **Estilo de vida:** comprende a las elecciones y comportamientos individuales que influyen en la salud, como la dieta, el ejercicio, el consumo de sustancias y las conductas de riesgo.
- ✓ **Servicios de salud:** contempla a la calidad, accesibilidad y organización de los servicios de salud, que pueden prevenir o tratar enfermedades y lesiones.

Significado del modelo:

- ✓ **Enfoque integral:** El modelo de Lalonde enfatiza la importancia de considerar la salud como un proceso complejo influenciado por múltiples factores, no solo por los servicios de salud.

- ✓ **Determinantes de la salud:** Reconoce que la salud no solo depende de la atención médica, sino también de otros factores como el entorno social, económico y cultural.
- ✓ **Promoción de la salud:** El modelo ha sido fundamental para desarrollar programas de promoción de la salud que abordan los factores determinantes de la salud en lugar de enfocarse únicamente en la prevención de enfermedades.

Relevancia actual:

- ✓ Aunque el modelo de Lalonde fue propuesto en 1974, sigue siendo relevante en la actualidad para entender la salud pública y desarrollar estrategias de salud.
- ✓ Ha sido utilizado como base para la Carta de Ottawa y otros modelos de salud pública que enfatizan la importancia de los determinantes sociales de la salud.
- ✓ El modelo ha contribuido a la comprensión de la salud como un concepto multidimensional y a la necesidad de abordar los factores sociales que afectan la salud de las personas.

### **Determinantes sociales de la salud OPS - OMS (OMS, 2025)**

La OMS define los determinantes sociales de la salud (DSS) como las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, por tanto, estas condiciones están configuradas por la distribución del dinero, el poder y los recursos a todos los niveles: local, nacional y global, así también, se encuentran influenciadas por políticas públicas en áreas como salud, educación, vivienda, empleo y justicia social.

La OMS, a través de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008), subraya que los DSS explican la mayor parte de las inequidades en salud observadas entre y dentro de los países, así mismo estas inequidades se refieren a diferencias en el estado de salud que son sistemáticas, evitables y profundamente injustas, por tanto, actuar sobre los DSS es un imperativo ético y técnico para mejorar la salud global y reducir las brechas sanitarias.

Entre los determinantes sociales más relevantes según este enfoque se encuentran:

- ✓ **El entorno social:** redes de apoyo, vínculos familiares, cohesión social, participación comunitaria.
- ✓ **El entorno económico:** nivel de ingresos, empleo, condiciones laborales dignas, estabilidad financiera.

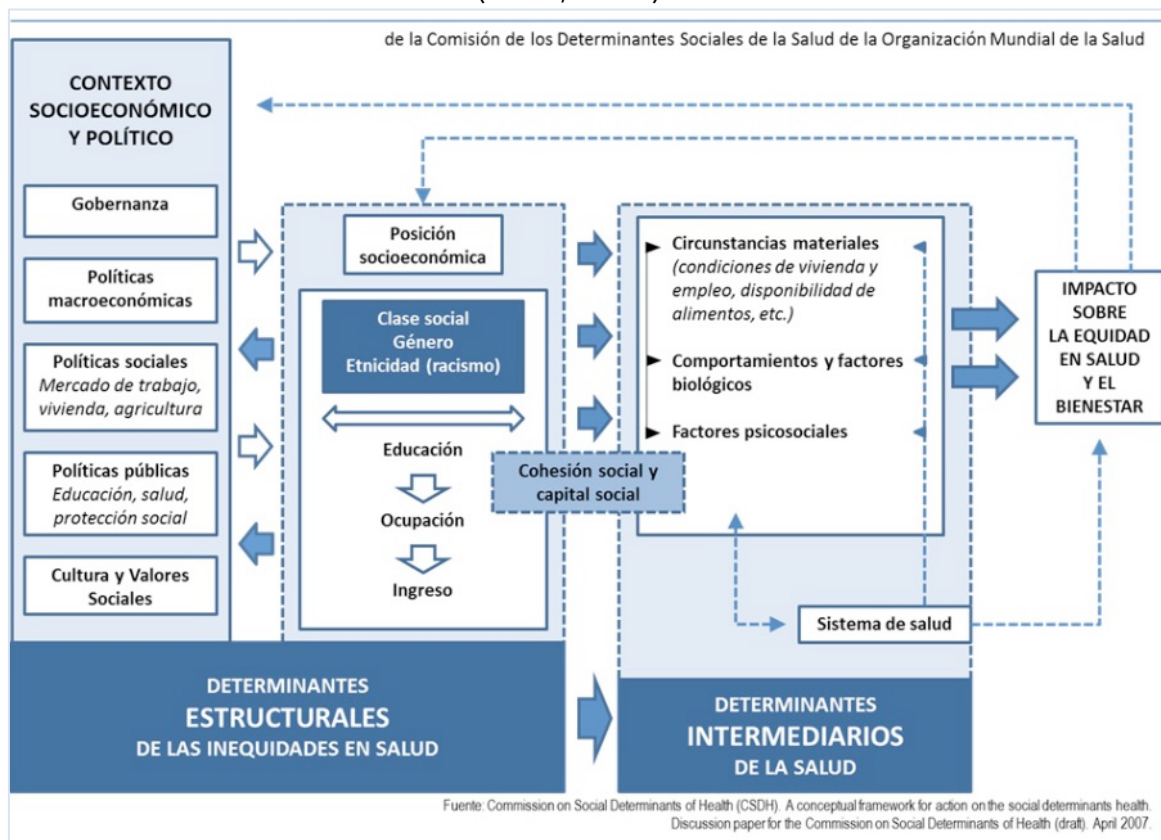
- ✓ **El entorno físico:** vivienda adecuada, agua potable, saneamiento, espacios verdes, seguridad ambiental.
- ✓ **La educación:** acceso equitativo y calidad del sistema educativo desde la infancia hasta la adultez.
- ✓ **La equidad de género y la inclusión social:** oportunidades justas para mujeres, pueblos indígenas, migrantes, personas con discapacidad, entre otros grupos vulnerables.
- ✓ **El acceso a servicios de salud:** disponibilidad, accesibilidad geográfica, cultural y financiera, calidad y pertinencia de los servicios.

La OMS también insiste en la necesidad de adoptar un enfoque multisectorial y de equidad en todas las políticas públicas (salud en todas las políticas), reconociendo que las intervenciones eficaces deben trascender al sector salud e involucrar a los sectores de educación, transporte, trabajo, vivienda, medio ambiente y justicia, entre otros.

Comprender los determinantes sociales desde este marco permite abordar las "causas de las causas" de las enfermedades y promover una salud sostenible. Este enfoque integral es fundamental para las estrategias de prevención, ya que permite diseñar intervenciones que no solo actúan sobre los comportamientos individuales, sino que transforman las condiciones estructurales que generan riesgo o protección en la salud de las poblaciones.

A continuación, se presenta una figura de los DSS de manera resumida, esta figura está dada por la OMS:

**Figura 11:** marco conceptual de los determinantes sociales de la salud (OMS, 2025).



**Fuente:** (OPS, OMS, 2011).

### El arcoíris de Dahlgren-Whitehead (1991) (OPS - OMS, 2017)

Este modelo de determinantes sociales de salud fue desarrollado en 1991 por Goran Dahlgren y Margaret Whitehead, más conocido como el modelo arcoíris esta dado para determinar las desigualdades en salud, como se observa en la figura la relación entre el individuo, su entorno y la salud, a estos se los considera como factores de riesgo o protectores.

El modelo sigue siendo una de las ilustraciones más eficaces de los determinantes de la salud y ha tenido un amplio impacto en la investigación sobre la desigualdad y sus influencias en la salud, en este sentido es de gran ayuda para los investigadores a desarrollar diversas hipótesis sobre los determinantes de la salud, explorar su influencia relativa en diferentes resultados de salud y representar gráficamente las interacciones entre los diversos determinantes.

**Figura 12:** Modelo arcoíris de determinantes sociales de la salud.



**Fuente:** (OPS - OMS, 2017)

Este modelo se estructura en capas concéntricas, donde cada capa representa un grupo de determinantes que actúan de forma interdependiente y sinérgica, así mismo a manera que se acercan al individuo se los considera como determinantes proximales y al alejarse como determinantes distales, a continuación, se describen detalladamente:

- ✓ **Núcleo (características individuales):** representa al individuo con factores biológicos y genéticos como el sexo, la edad, el patrimonio genético y la constitución biológica. Estos factores son inmodificables, pero condicionan la vulnerabilidad o resistencia ante diversos riesgos sanitarios.
- ✓ **Primera capa (estilos de vida individuales):** aquí se encuentran las conductas personales relacionadas con la salud, como el tabaquismo, la dieta, el consumo de alcohol, la actividad física o el uso de sustancias psicoactivas. Estas conductas, aunque atribuibles al individuo, están fuertemente influidas por el entorno social y cultural. Las campañas de promoción de la salud buscan intervenir en esta capa para fomentar hábitos saludables.

- ✓ **Segunda capa (redes sociales y comunitarias):** incluye las interacciones familiares, amistosas y comunitarias que actúan como redes de apoyo emocional, económico y social. Estas redes son clave para enfrentar enfermedades, promover la resiliencia y fomentar el sentido de pertenencia. Comunidades cohesionadas presentan mejores indicadores de salud que aquellas fragmentadas.
- ✓ **Tercera capa (condiciones de vida y trabajo):** abarca el acceso y la calidad de la vivienda, la educación, el empleo, la seguridad laboral, los servicios sanitarios, el transporte y otros servicios públicos. Estas condiciones determinan el grado de exposición a riesgos y oportunidades de salud. Un entorno laboral inseguro o una vivienda insalubre impactan directamente en la aparición de enfermedades físicas y mentales.
- ✓ **Capa externa (condiciones generales socioeconómicas, culturales y ambientales):** en esta capa se sitúan los determinantes estructurales como las políticas gubernamentales, el sistema económico, las condiciones ambientales globales, los valores culturales y el grado de equidad social. Aquí se define el contexto en el que viven los individuos y comunidades. Las crisis económicas, la discriminación estructural o el cambio climático afectan profundamente los niveles inferiores del modelo.

Este modelo ha sido adoptado por múltiples organismos internacionales y sistemas de salud como herramienta clave para la formulación de políticas públicas integrales, se lo ha considerado desde una perspectiva de equidad, permite diseñar intervenciones intersectoriales que actúan simultáneamente sobre varios niveles del arcoíris, reconociendo que la salud se produce y se protege más allá del ámbito clínico, así mismo, la OMS y la OPS lo reconocen como una representación válida para planificar acciones basadas en evidencias sociales, económicas y políticas que inciden directamente en el bienestar de las poblaciones.

### **Aplicación de los determinantes en enfermería comunitaria**

Desde la perspectiva de la enfermería comunitaria, el abordaje de los determinantes de la salud resulta clave para comprender las necesidades reales de las poblaciones, de esta manera el conocimiento de estos modelos permite:

- ✓ Realizar diagnósticos comunitarios con enfoque integral.

- ✓ Intervenir sobre factores de riesgo modificables a nivel individual y colectivo.
- ✓ Identificar necesidades específicas de grupos vulnerables.
- ✓ Promover la equidad y la justicia social mediante acciones en salud intersectoriales.
- ✓ Fortalecer la participación comunitaria y el empoderamiento social.

La enfermería comunitaria no solo debe centrarse en la atención curativa, sino que debe incidir activamente en la promoción, la prevención y la transformación de los contextos sociales, por tanto, el dominio del marco de los determinantes es indispensable.

### **Importancia del estudio de los determinantes de la salud en el internado rotativo**

Durante el internado rotativo en enfermería comunitaria, el conocimiento de los determinantes de la salud permite al estudiante comprender que la enfermedad no es un hecho aislado, sino el resultado de múltiples condiciones sociales, económicas y ambientales que pueden prevenirse y modificarse.

Este enfoque facilita que el interno:

- ✓ Aplique una mirada crítica sobre la realidad sanitaria de las comunidades.
- ✓ Identifique desigualdades en salud y proponga estrategias para reducirlas.
- ✓ Diseñe actividades educativas y de promoción adaptadas a los determinantes presentes en cada grupo poblacional.
- ✓ Contribuya con propuestas intersectoriales en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud.

Además, fortalece sus competencias para el trabajo en equipo, la planificación participativa, el análisis de datos comunitarios y la evaluación de impacto de las intervenciones, por ello, el abordaje de los determinantes es fundamental en la formación profesional del futuro enfermero comunitario.

### **Historia natural de la enfermedad: modelo y niveles de prevención**

La historia natural de la enfermedad es un concepto fundamental en epidemiología y en la prevención de la enfermedad, ya que describe la evolución que sigue una enfermedad desde su inicio hasta su desenlace, sin la intervención de acciones sanitarias, de esta manera, este enfoque permite a

los profesionales de la salud, especialmente en el ámbito comunitario, entender las distintas fases de la enfermedad y establecer intervenciones apropiadas según el momento del proceso, por tanto, su comprensión es clave para diseñar estrategias de prevención eficaces y adaptadas a las necesidades de la población.

### **Definición y estructura**

La historia natural de la enfermedad se refiere al curso que sigue una enfermedad en un individuo desde que ocurre la exposición a un agente causal hasta que se alcanza un desenlace como la recuperación, la discapacidad o la muerte, de acuerdo con el modelo tradicional de la historia natural de la enfermedad y su relación con los niveles de prevención propuestos por Level y Clark, a continuación, se describen las etapas en dos grandes periodos:

- ✓ **Periodo prepatogénico:** es la etapa previa a la aparición de la enfermedad. Se caracteriza por la interacción entre el agente causal, el huésped susceptible y el ambiente, sin que existan aún signos clínicos. En este periodo se aplican las estrategias de prevención primaria.
- ✓ **Periodo patogénico:** inicia cuando el estímulo efectivo del agente desencadena respuestas en el huésped. Se subdivide en:
  - Fase subclínica: donde ocurren cambios tisulares pero aún no se presentan síntomas.
  - Fase clínica: aparecen signos y síntomas manifiestos, y la enfermedad se puede diagnosticar clínicamente.
  - Fase de resolución: dependiendo de la enfermedad, el curso puede terminar en recuperación, cronicidad, secuelas, discapacidad o muerte.

### **Horizonte clínico y niveles de prevención**

El horizonte clínico es el punto de transición entre la fase subclínica y la fase clínica de la enfermedad, marcando el momento en que los síntomas son evidentes y el diagnóstico clínico es posible. Este modelo se relaciona estrechamente con los niveles de prevención propuestos por Leavell y Clark:

- ✓ **Prevención primaria:** incluye el fomento de la salud y la protección específica, aplicada durante el periodo prepatogénico.

- ✓ **Prevención secundaria:** interviene en el inicio del periodo patogénico, a través del diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.
- ✓ **Prevención terciaria:** actúa en fases avanzadas para limitar el daño y realizar rehabilitación física, psicológica y social.

### **Representación gráfica y modelos complementarios**

La historia natural de la enfermedad puede representarse de forma esquemática en un modelo que organiza visualmente las etapas evolutivas del proceso morbos, desde la salud hasta posibles desenlaces como la cronicidad, discapacidad o muerte. La figura tradicional más difundida es la de Leavell y Clark, que representa los momentos críticos del curso de la enfermedad y su relación con los niveles de prevención.

#### **Explicación del gráfico:**

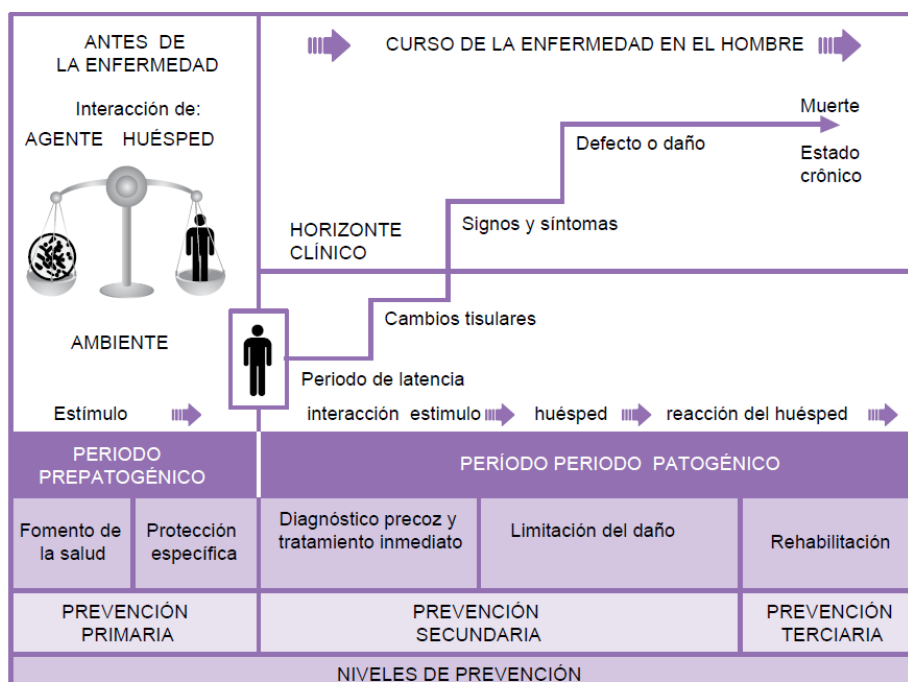
1. **Periodo prepatogénico:** ubicado a la izquierda de la figura, es la etapa donde aún no hay enfermedad manifiesta. Aquí ocurre la interacción entre los tres elementos del triángulo epidemiológico: agente, huésped y ambiente. El estímulo (como una exposición a virus, bacteria, sustancia química o factor de riesgo) marca el inicio del proceso.
2. **Periodo patogénico:** comienza tras el estímulo efectivo. Se divide en:
  - ✓ **Periodo de latencia o fase subclínica:** existen cambios tisulares o celulares, pero no hay síntomas perceptibles. Es una etapa clave para el diagnóstico precoz.
  - ✓ **Horizonte clínico:** línea divisoria que señala la aparición de signos y síntomas visibles. A partir de aquí, la enfermedad puede ser reconocida clínicamente.
  - ✓ **Curso clínico:** si no se interviene eficazmente, la enfermedad puede evolucionar hacia:
    - Recuperación.
    - Secuelas o discapacidad.
    - Estado crónico.
    - Muerte.

### 3. Niveles de prevención:

- ✓ **Prevención primaria:** fomento de la salud y protección específica (vacunación, control ambiental, educación sanitaria), se aplican en el periodo prepatogénico.
- ✓ **Prevención secundaria:** diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Actúa al inicio del periodo patogénico, antes de que la enfermedad cause daño irreversible.
- ✓ **Prevención terciaria:** busca la limitación del daño, rehabilitación y reintegración funcional del paciente. Se aplica en etapas clínicas avanzadas.

Este modelo permite visualizar la progresión de cualquier proceso morboso, desde infecciones agudas hasta enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión, y ayuda a identificar en qué etapa es más eficaz intervenir. La OMS y la OPS promueven el uso de esta representación para la planificación de acciones comunitarias y el diseño de programas de prevención.

**Gráfico 13:** historia Natural de la Enfermedad propuesta por Level y Clark



**Fuente:** (OPS, OMS, 2011).

Además, modelos más recientes como los de **Gordis (1996)** y **Rothman (1986)** complementan este enfoque al incluir:

- ✓ **Período de incubación:** tiempo entre la exposición y la aparición de los síntomas.
- ✓ **Período infeccioso:** momento en que el individuo puede contagiar a otros.
- ✓ **Estado de portador:** cuando el individuo alberga el agente sin presentar síntomas.

Estos modelos refuerzan la necesidad de vigilancia activa y de intervenciones basadas en evidencia en salud pública, y son herramientas indispensables para el ejercicio profesional en enfermería comunitaria.

### **Aplicación en la práctica de enfermería comunitaria**

Comprender la historia natural de la enfermedad es crucial para la planificación de intervenciones comunitarias. Permite:

- ✓ Identificar etapas clave para aplicar estrategias de prevención.
- ✓ Diseñar programas de tamizaje y detección precoz.
- ✓ Realizar educación sanitaria según la fase de la enfermedad.
- ✓ Justificar la importancia del trabajo preventivo en salud comunitaria.

### **Importancia en la formación del interno de enfermería comunitaria**

Durante el internado rotativo, el estudiante de enfermería debe tener una comprensión clara del proceso salud-enfermedad en todas sus fases. El conocimiento de la historia natural le permite:

- ✓ Aplicar el pensamiento epidemiológico en sus diagnósticos y cuidados.
- ✓ Valorar el impacto de las acciones preventivas en distintas fases de la enfermedad.
- ✓ Formular propuestas de intervención centradas en las necesidades reales del ciclo evolutivo de cada problema de salud.
- ✓ Integrar la vigilancia, educación y acción comunitaria desde una lógica científica y estructurada.

Es significativo recalcar que tanto la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad instituyen pilares de la salud pública, pero tienen enfoques y

objetivos distintos que se complementan en la práctica comunitaria. A continuación, se recatan aquellos aspectos fundamentales de ambas enfatizando sus semejanzas y diferencias:

**Tabla 31:** Semejanzas y diferencias entre promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

| <b>Aspecto</b>                 | <b>Promoción de la Salud</b>                                                         | <b>Prevención de la Enfermedad</b>                                                      | <b>Conexión entre ambas</b>                                                                      |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Enfoque</b>                 | Proactivo y positivo, se centra en el bienestar y desarrollo del potencial de salud. | Anticipatorio, busca evitar la aparición o progresión de enfermedades.                  | Ambas buscan mejorar la salud, pero desde perspectivas complementarias.                          |
| <b>Objetivo principal</b>      | Fortalecer capacidades individuales y colectivas para controlar los determinantes.   | Reducir factores de riesgo y evitar enfermedades específicas.                           | La promoción facilita condiciones para que la prevención sea efectiva.                           |
| <b>Estrategias principales</b> | Educación para la salud, participación social, empoderamiento, entornos saludables.  | Programas y estrategias como: Vacunación, tamizaje, control médico, tratamiento precoz. | Las estrategias de promoción habilitan la aceptación y sostenibilidad de acciones preventivas.   |
| <b>Población objetivo</b>      | Toda la población, incluso en ausencia de factores de riesgo.                        | Poblaciones con riesgo o diagnóstico temprano de enfermedad.                            | Ambas pueden dirigirse a los mismos grupos, pero con distintas herramientas y momentos.          |
| <b>Modelo de intervención</b>  | Basado en derechos, desarrollo y ciudadanía.                                         | Basado en evidencia clínica y salud pública.                                            | Su combinación optimiza resultados en salud comunitaria.                                         |
| <b>Ejemplo aplicado</b>        | Fomentar estilos de vida saludables con líderes comunitarios.                        | Aplicar vacunas, realizar tamizajes para diabetes e hipertensión.                       | Promoción con talleres de alimentación saludable más, prevención con tamizaje de IMC y glicemia. |

**Fuente:** Elaboración propia.

La integración de ambos enfoques permite al interno de enfermería comunitaria actuar con mayor efectividad en la transformación de condiciones de vida y la disminución del impacto de enfermedades evitables, de este modo, la relación se vuelve operativa en la aplicación de los niveles de prevención desarrollados a continuación.

### **Buenas prácticas internacionales y regionales en prevención de enfermedades**

Diversos países han implementado estrategias exitosas y sostenibles en la prevención de enfermedades, las cuales constituyen referentes importantes para enriquecer la práctica de la enfermería comunitaria:

- En **Canadá**, los Centros de Excelencia en Promoción de la Salud han articulado escuelas, centros de salud y organizaciones comunitarias para promover estilos de vida saludables, reducir el tabaquismo y fomentar la actividad física desde edades tempranas. Esta integración ha generado resultados positivos en la disminución de enfermedades crónicas no transmisibles y en la participación comunitaria intergeneracional (Health Canadá, 2020).
- En **Brasil**, el **Programa de Salud de la Familia (PSF)** ha logrado importantes avances en salud maternoinfantil, vacunación universal, control de hipertensión y diabetes, y reducción de hospitalizaciones evitables. Este modelo se basa en equipos multiprofesionales que realizan visitas domiciliarias periódicas, acciones educativas, y seguimiento continuo con enfoque familiar (Macinko et al., 2017).
- En **Cuba**, el modelo de atención primaria se centra en la vigilancia activa a través de consultorios médicos y visitas integrales a los hogares. Cada médico y enfermera tiene asignado un número definido de familias, a quienes brindan control de salud regular, prevención primaria y consejería. Este sistema ha permitido un control riguroso de brotes, reducción de enfermedades transmisibles y seguimiento de riesgos comunitarios.
- En **España**, el sistema sanitario ha reforzado la estrategia de **prevención cuaternaria**, evitando prácticas innecesarias de medicalización en atención primaria. Se han fortalecido guías clínicas para prevenir el sobreuso de medicamentos y promover decisiones compartidas con pacientes.

- En **Chile**, el Programa de Promoción de la Salud ha incluido el componente de entornos saludables en municipios, escuelas y lugares de trabajo. Con énfasis en la prevención de obesidad, salud cardiovascular y bienestar mental, ha promovido acciones intersectoriales que articulan gobierno local, ciudadanía y servicios de salud.

Estos casos demuestran que la prevención de enfermedades no solo depende de intervenciones clínicas, sino también de marcos políticos, estrategias educativas y participación activa de la comunidad. Incorporar estas experiencias al quehacer del interno de enfermería comunitaria contribuye a fortalecer su visión crítica y transformadora.

### **Prevención de la enfermedad en el MAIS: atención por ciclos de vida y cartera de servicios**

En Ecuador, el MAIS adopta estos principios internacionales y los operacionaliza a través de acciones específicas en la **cartera de servicios por ciclos de vida** (MSP Ecuador, 2013), esta estrategia garantiza que la prevención esté presente en cada etapa de la vida y de manera articulada con los determinantes sociales y culturales.

**Tabla 32:** Enfoque de prevención por grupos etarios según el MAIS.

| <b>Ciclo de vida</b>                            | <b>Acciones de prevención de enfermedad</b>                                                                                  |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Niñez (0-9 años)</b>                         | Vacunación, suplementación nutricional, desparasitación, control de crecimiento y desarrollo, prevención de accidentes.      |
| <b>Adolescencia (10-19 años)</b>                | Consejería en salud sexual y reproductiva, tamizaje de ITS, prevención del consumo de sustancias, salud mental, autocuidado. |
| <b>Juventud y adultez (20-64 años)</b>          | Control de enfermedades crónicas, tamizaje de cáncer, control prenatal, planificación familiar, educación nutricional.       |
| <b>Personas adultas mayores (65 años y más)</b> | Evaluación funcional, vacunación, prevención de caídas, tamizaje de deterioro cognitivo, autocuidado.                        |

**Fuente:** Elaboración propia.

Estas acciones están organizadas en la cartera de servicios del primer nivel de atención, con un enfoque intercultural, familiar y comunitario, así mismo el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), a través del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (MAIS-FCI), articula un conjunto robusto de estrategias y programas orientados a garantizar el acceso universal a la salud, la promoción del bienestar integral, y la prevención de enfermedades en todas las etapas de vida, estas se fundamentan en principios de equidad, interculturalidad, participación social, y pertinencia territorial, lo cual permite una atención más cercana, eficiente y culturalmente apropiada.

### **Estrategias Nacionales de Salud**

Según el anexo oficial del MSP, las estrategias nacionales de salud se clasifican en función del enfoque de evitabilidad de enfermedades y la promoción de estilos de vida saludables, entre las estrategias clave se destacan:

- ✓ **Tamizaje Neonatal Metabólico:** Detección temprana de Hipotiroidismo Congénito, Hiperplasia Suprarrenal Congénita, Galactosemia y Fenilcetonuria, con el objetivo de prevenir discapacidades intelectuales.
- ✓ **Nutrición Acción - Desnutrición Cero (PELDI):** Estrategia nacional implementada en 303 parroquias priorizadas por altos índices de desnutrición infantil y pobreza extrema. Busca la mejora nutricional de niños y mujeres embarazadas, con intervenciones intersectoriales y cambios en prácticas culturales y de atención
- ✓ **Espacio 100% Libre de Humo:** Promueve ambientes saludables libres de humo de tabaco en espacios públicos y laborales.
- ✓ **Programa de Educación Continua de la Calidad:** Capacitación permanente del personal de salud para asegurar estándares de atención.
- ✓ **Programa Actívale Vive:** Fomenta la actividad física regular para prevenir enfermedades crónicas.
- ✓ **Club de Adolescentes:** Promoción de salud sexual, mental y hábitos saludables.
- ✓ **Club de Embarazadas y Escuela de Padres:** Educación prenatal, cuidado neonatal y crianza saludable.
- ✓ **ESAMyN (Estrategia Nacional de Salud Materna y Neonatal):** Mejora de la calidad y acceso a la atención durante el embarazo, parto y puerperio.

- ✓ **Club de Adultos Mayores:** Promoción del envejecimiento activo y saludable.
- ✓ **Programa de Control de la Tuberculosis (TB):** Diagnóstico oportuno, tratamiento supervisado y prevención de la TB.
- ✓ **Estrategia Nacional de Inmunización (ENI):** Vacunación universal para prevenir enfermedades transmisibles.
- ✓ **Promoción de la Salud:** Acciones comunitarias para crear entornos saludables y estilos de vida sanos.
- ✓ **Salud Sexual y Reproductiva:** Educación, acceso a servicios y derechos sexuales para todas las edades.
- ✓ **Lavado de Manos y Buen Trato:** Prevención de enfermedades infecciosas y fomento de relaciones respetuosas en el entorno de salud. Según el anexo oficial del MSP, las estrategias nacionales de salud se clasifican en función del enfoque de evitabilidad de enfermedades y la promoción de estilos de vida saludables. Entre las estrategias clave se destacan:
- ✓ **Prevención de Enfermedades Priorizadas por INPRIS:** 18 enfermedades prioritarias (neumonía, diabetes, tuberculosis, VIH, enfermedades cardiovasculares, entre otras) cuya intervención permitiría reducir el 42% de las muertes en el país.
- ✓ **Estrategia Nacional de Planificación Familiar (ENIPLA):** Educación y acceso a servicios de planificación para reducir embarazos no deseados y mejorar la salud sexual y reproductiva.
- ✓ **Prevención de Enfermedades Crónico-Degenerativas:** Intervenciones en diabetes, hipertensión, cáncer, mediante acciones comunitarias, tamizajes, clubes de apoyo y seguimiento de casos.
- ✓ **Promoción de Estilos de Vida Saludables:** Jornadas, campañas, ferias, colonias vacacionales, y clubes de autocuidado que fomentan la actividad física, nutrición, salud mental y buen trato.
- ✓ **Atención Integral a Menores de 5 años:** Prevención y detección temprana de deficiencias sensoriales, desnutrición, y problemas de desarrollo.
- ✓ **Escuelas Promotoras de Salud:** Integración de la comunidad educativa en prácticas de salud, mejora de entornos escolares y educación en salud para niños y adolescentes.
- ✓ **Salud Ambiental y Vigilancia Comunal:** Control de calidad de agua, aire, alimentos, residuos, así como vigilancia comunitaria de riesgos sanitarios y sociales.

## **Rol del interno de enfermería comunitaria en la prevención**

Durante su práctica preprofesional, el interno de enfermería se convierte en ejecutor directo de actividades de prevención, su labor debe ser articulada con los equipos de salud, promotores comunitarios y actores sociales del territorio. Algunas de sus funciones clave incluyen:

- ✓ Realizar actividades de tamizaje comunitario (presión arterial, IMC, glucosa, signos de alarma).
- ✓ Participar en campañas de vacunación y desparasitación.
- ✓ Aplicar pruebas rápidas para ITS o VIH.
- ✓ Brindar consejería preventiva y sesiones educativas personalizadas.
- ✓ Identificar determinantes sociales que afectan la salud de los grupos prioritarios.
- ✓ Elaborar mapas de riesgo y reportes situacionales para la planificación local.
- ✓ Diagnóstico situacional y priorización de problemas comunitarios.
- ✓ Ejecución de proyectos de intervención en salud comunitaria.
- ✓ Participación en campañas de vacunación, salud ambiental y tamizajes.
- ✓ Desarrollo de actividades educativas, ferias y clubes de salud.
- ✓ Trabajo con recursos comunitarios, seguimiento de casos, y generación de datos para vigilancia epidemiológica.

## **Importancia formativa de la prevención en el internado rotativo**

Desarrollar competencias preventivas permite al interno adquirir habilidades clave para la atención primaria: vigilancia comunitaria, pensamiento crítico, toma de decisiones basadas en evidencia y trabajo en equipo, de este modo, la prevención es más que una actividad técnica, es una actitud profesional orientada al cuidado anticipado, a la equidad y a la justicia en salud.

### **4.5 Ética en la Atención Comunitaria y su aplicación en el Internado**

La ética en el contexto de la Atención Primaria en Salud (APS) es esencial para garantizar prácticas responsables, inclusivas y respetuosas de la diversidad cultural y las condiciones sociales de las comunidades, en este contexto, el enfermero comunitario, desde su rol en el primer nivel de atención, enfrenta decisiones complejas que exigen principios éticos sólidos orientados a la justicia social, la equidad y el respeto por los derechos humanos.

En el ámbito familiar, el profesional de enfermería debe actuar con profunda sensibilidad ética al interactuar con personas en situaciones de vulnerabilidad,

enfermedades crónicas, conflictos de convivencia, abandono o violencia intrafamiliar, por tanto, el respeto por la privacidad, la confidencialidad y el consentimiento informado en el hogar son pilares fundamentales, así por ejemplo, al realizar visitas domiciliarias, es indispensable respetar las dinámicas internas, considerar la estructura de cada familia y promover el empoderamiento desde una posición de acompañamiento y no de imposición.

En el ámbito comunitario, la ética se traduce en prácticas colectivas donde el enfermero comunitario debe actuar con equidad, priorizando grupos históricamente marginados, reconociendo los saberes ancestrales y fomentando la participación activa de la comunidad, por tanto, es esencial construir confianza a través del respeto mutuo, la transparencia y la coherencia entre el discurso y la acción profesional.

### **Principios éticos claves en la APS:**

- ✓ **Autonomía:** Respeto por las decisiones, valores y cosmovisiones de los individuos y las comunidades.
- ✓ **Beneficencia y no maleficencia:** Actuar para promover el bienestar y evitar cualquier tipo de daño.
- ✓ **Justicia social:** Distribución equitativa de los recursos de salud y priorización basada en necesidades reales.
- ✓ **Confidencialidad:** Protección de la información sensible, tanto individual como colectiva, en contextos comunitarios.
- ✓ **Responsabilidad profesional:** Compromiso con el desarrollo humano, la participación comunitaria y el respeto al entorno.

### **Aplicación práctica en el internado rotativo de enfermería:**

Durante el internado en Enfermería Comunitaria, el estudiante enfrenta diversas situaciones donde debe aplicar principios éticos, tales como:

- ✓ Obtener el **consentimiento informado** para intervenciones en grupos vulnerables o para realizar encuestas de salud.
- ✓ Respetar las **costumbres locales y la interculturalidad**, adaptando las intervenciones al contexto comunitario.
- ✓ Priorizar acciones en contextos de **escasez de recursos**, aplicando criterios de justicia distributiva.
- ✓ Resguardar la **confidencialidad** en espacios comunitarios donde la información puede ser fácilmente divulgada.

- ✓ Acompañar procesos familiares de forma ética, sin juicios de valor y garantizando el principio de no maleficencia.

La formación ética en este nivel promueve el pensamiento crítico, el compromiso con los derechos colectivos, y fortalece la empatía y la sensibilidad del futuro profesional, así mismo, la ética no solo se enseña desde la normativa, sino desde la vivencia, reflexión y acción diaria en la comunidad.

### **Marco normativo nacional aplicable:**

- ✓ **Constitución del Ecuador (2008):** reconoce el derecho a la salud y al respeto a la diversidad cultural.
- ✓ **Ley Orgánica de Salud:** promueve el enfoque de equidad y participación en salud.
- ✓ **Código de Ética del Ministerio de Salud Pública del Ecuador:** establece principios de respeto, dignidad, justicia y confidencialidad en la práctica profesional.

### **Actividad práctica**

**Título:** Ruta comunitaria de prevención integral por ciclo de vida

**Objetivo general:** Diseñar y ejecutar una intervención comunitaria integral en una población priorizada, articulando los niveles de prevención (primaria, secundaria y terciaria), los ciclos de vida (niñez, adolescencia, adultez, vejez), y los determinantes sociales de la salud, utilizando herramientas del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) y la Cartera de Servicios del MSP.

### **Objetivos específicos:**

- ✓ Aplicar el enfoque de determinantes sociales en el diagnóstico comunitario participativo.
- ✓ Identificar necesidades de salud según el ciclo de vida y diseñar acciones diferenciales.
- ✓ Implementar estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades alineadas con el nivel de atención primaria.
- ✓ Fomentar la participación social y comunitaria en la gestión de su propia salud.
- ✓ Evaluar de forma reflexiva el impacto de la intervención para la mejora continua.

## **Metodología paso a paso:**

### **1. Diagnóstico participativo comunitario:**

- ✓ Realizar observaciones directas, encuestas y entrevistas grupales (grupos focales) a miembros clave de la comunidad.
- ✓ Identificar factores de riesgo prevalentes (ambientales, sociales, conductuales, económicos).
- ✓ Sistematizar la información recolectada en una matriz FODA comunitaria.

### **2. Selección de población priorizada:**

- ✓ Escoger uno o más grupos etarios (niños, adolescentes, mujeres embarazadas, adultos mayores, etc.) según los resultados del diagnóstico.
- ✓ Justificar la elección con datos comunitarios y evidencia epidemiológica local.

### **3. Planificación de la intervención:**

- ✓ Diseñar actividades diferenciadas para cada nivel de prevención:
  - *Prevención primaria:* talleres educativos, campañas de vacunación, ferias de salud.
  - *Prevención secundaria:* tamizajes (glucosa, tensión arterial, IMC), detección temprana.
  - *Prevención terciaria:* visitas domiciliarias de seguimiento, planes de autocuidado, derivación oportuna.
- ✓ Establecer un cronograma y asignación de roles para cada acción.
- ✓ Incluir herramientas de la Cartera de Servicios del MSP (como los protocolos del Programa de Enfermedades Crónicas, del ENI, Desnutrición Cero, etc.).

### **4. Ejecución de la intervención:**

- ✓ Realizar las actividades planificadas en campo con participación activa de la comunidad.
- ✓ Utilizar instrumentos del MAIS como fichas de valoración integral, cartillas de educación para la salud, mapas comunitarios y PAE comunitario.
- ✓ Documentar el proceso con registros fotográficos y formatos de campo.

### **5. Evaluación del impacto:**

- ✓ Aplicar instrumentos participativos de evaluación (encuestas de percepción, entrevistas a líderes comunitarios).
- ✓ Elaborar una matriz de logros vs. metas alcanzadas.

- ✓ Redactar un informe final con sistematización, aprendizajes y recomendaciones para mejorar futuras intervenciones.

### **Materiales y recursos sugeridos:**

- Fichas familiares del MAIS
- Manuales y protocolos del MSP (disponibles en: <https://www.salud.gob.ec>)
- Tensiómetros, glucómetros, material gráfico educativo
- Carteles, papelotes, afiches, material audiovisual

### **Criterios de evaluación:**

| <b>Criterio</b>                             | <b>Descripción</b>                                                              |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Integración de niveles de prevención</b> | Aplicación adecuada y diferenciada de las acciones en los tres niveles.         |
| <b>Pertinencia cultural</b>                 | Adaptación de las actividades al contexto sociocultural y lingüístico local.    |
| <b>Participación comunitaria</b>            | Grado de involucramiento de la comunidad antes, durante y después de la acción. |
| <b>Sistematización reflexiva</b>            | Claridad en el informe, análisis crítico de logros y dificultades.              |
| <b>Trabajo en equipo y liderazgo</b>        | Colaboración entre internos, organización y responsabilidad compartida.         |
| <b>Uso de herramientas del MAIS</b>         | Aplicación de instrumentos oficiales del primer nivel de atención.              |

Finalmente, el análisis de la APS abre paso a la aplicación práctica del Proceso de Atención de Enfermería en el internado rotativo, donde los estudiantes consolidan competencias en escenarios comunitarios reales.

## Referencias bibliográficas

- Almeida et. al., G. O. (2018). La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de la Declaración de Alma-Ata. *Rev Panam Salud Publica*. doi:<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.104>
- CIE . (2021). *Código de ética del cie para las enfermeras revisado en 2021*. (CIE, Ed.) Ginebra: Place Jean Marteau. Recuperado el 28 de 02 de 2025, de <https://www.icn.ch>
- De La Guardia, G. M. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *JONNPR, Volumen 5 Numero 1 pp 81-90*. doi: 10.19230/jonnpr.3215
- Del Arco et.al., B. I. (2021). *Empoderamiento comunitario para la promoción de la salud*. Universidad de Lleida .
- Diana Guzys, R. B. (2020). Introducción a la atención primaria y comunitaria en salud. *Cambridge*, 460. doi:<https://doi.org/10.1017/9781108868396>
- Díaz et al., D. B. (2019). El rol del profesional de enfermería en el sistema de atención primaria de salud en ecuador. *Universidad, ciencia y tecnología*( Vol. 21, N° 02 2019), 140-144. Recuperado el 10 de 03 de 2025, <https://uctunexpo.autanabooks.com/index.php/uct/article/view/231>
- Espinosa et al. (15 de 07 de 2022). Rol de Enfermería en la atención de salud pública. Vol. 6, No. Esp.44, 2022. doi: <https://journalprosciences.com/index.php/ps/issue/view/44>
- Eva I. Dominguez Bernita, C. H. (2017). Modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural. *Dominio de las Ciencias*, 3(2), 921-935. doi:<http://dx.doi.org/10.23857/dom.cien.pocaip.2017.3.2.esp.40-65>
- Kruahong et. al., S. T. (2023). Empoderamiento comunitario: un análisis de concepto. *Journal of Advanced Nursing*. doi: <https://doi.org/10.1111/jan.15613>
- Lalani, M. F. (2019). transformación de los servicios de enfermería comunitaria en el Reino Unido: lecciones de una evaluación participativa de la implementación de un nuevo modelo de enfermería comunitaria en el este de Londres basado en los principios del modelo holandés Buur.

*BMC Health Services Research*, 19. doi:<https://doi.org/10.1186/s12913-019-4804-8>

Lalonde, M. (2002). Perspectivas de los héroes de la salud pública de la OPS / New perspective on the health of Canadians: 28 years later. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. doi:<https://iris.paho.org/handle/10665.2/8528>

Lamelas, V. ( 2020). Modelo de salud y desigualdades sociales en Ecuador: avances y desafíos. Una revisión sistemática. . *Revista de Salud Pública* . doi:<https://doi.org/10.1007/s10389-019-01183-0>

MSP. (2019). *Manual, Educación y comunicación para la promoción de la salud* (Dirección Nacional de Normatización-MSP ed.). Quito. doi:<https://www.salud.gob.ec/manual-de-educacion-y-comunicacion-para-promocion-de-la-salud/>

MSP Ecuador. (2013). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS*. Quito, Ecuador.

OMS. (1978). *Alma Ata, Atencion Primaria en Salud*. Ginebra, Suiza.

OMS. (12 de 09 de 1978). *Orgnización Mundial de Salud*. doi:<https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39244/1/9243541358.pdf>

OMS. (1998). *Organización Mundial de la Salud*. doi:[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO\\_HP\\_R\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HP_R_HEP_98.1_spa.pdf)

OMS. (09 de 2005). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Constitución de la Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/about/governance/constitution>

OMS. (12 de 06 de 2012). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Carta de Ottawa para la promoción de la salud 1986: <https://www.who.int/publications/i/item/ottawa-charter-for-health-promotion>

OMS. (25 de 10 de 2018). *Orgnización Mundial de la Salud*. Obtenido de Declaración de Astaná: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>

- OMS. (26 de 10 de 2018). *World Health Organization (WHO)*. Obtenido de Declaración de Astaná: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
- OMS. (2020). *Situación de la enfermería en el mundo 2020: invertir en educación, empleo y liderazgo*. Ginebra: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Recuperado el 25 de 02 de 2025, de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240003279>
- OMS. (16 de 06 de 2021). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Carta de Ottawa para la promoción de la salud: <https://www.who.int/publications/i/item/WH-1987>
- OMS. (2025). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Determinantes sociales de la salud: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- OMS Constitución . (1946). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Constitución de la OMS: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
- OMS Informe. (1946). *Official records of the world health organization*. New York.: Acknowledgment. - Much of the material in this number of the Official Records is based United Nations document E/772),. Obtenido de [https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85573/1/Official\\_record2\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85573/1/Official_record2_eng.pdf)
- ONU. (16 de 12 de 1996). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Obtenido de <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>
- ONU. (25 de 09 de 2015). *Departamento de Asuntos Económicos y Sociales - Desarrollo sostenible*. doi:<https://sdgs.un.org/es/goals/goal3>
- OPS . (2025). Obtenido de Héroes de la Salud Pública, El Honorable Marc Lalonde: <https://www.paho.org/es/heroes-salud-publica/honorable-marc-lalonde>
- OPS - OMS. (2017). *Organización Panamericana de la salud - Organización Mundial de la salud* (tercera ed.). Washington, D.C: PALTEX. Obtenido

de Módulos de principios de epidemiología para el control de enfermedades (MOPECE) 3a. Edición.

- OPS. (10 de 04 de 1976). "Informe Del Comité Del Programa de Libros de Texto de La OPS/OMS Para La Enseñanza de Enfermería En Salud Comunitaria,". *Organización Panamericana de la Salud*, 10(4), 372-388. doi:<https://iris.paho.org/handle/10665.2/39454>
- OPS. (2019). Obtenido de Promoción de la salud: <https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud>
- OPS. (2020). *Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción*. Washington, D.C: Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. doi:<https://doi.org/10.37774/9789275322642>
- OPS. (11 de 04 de 2024). *Organización Panamericana De La Salud*, file:///C:/Users/Usuario/Downloads/gtmanalisisbarrerasaccesoassen22dms4das.pdf. Recuperado el 11 de marzo de 2025, de ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD: <https://www.paho.org/es/documentos/analisis-barreras-acceso-servicios-salud-valoracion-condiciones-esenciales-22-distritos>
- OPS. (02 de 10 de 204). *Organización Panamericana de la Salud - IRIS*. Obtenido de Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/60629>
- OPS, OMS. (2011). Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades (MOPECE) Salud y enfermedad en la población. En O. R. Oficina Sanitaria Panamericana, *Historia natural de la enfermedad* (págs. 22-23). Washington D.C: PALTEX.
- OPS, OMS. (2022). *Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019-2030*. Washington, D.C.: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>. doi:<https://iris.paho.org/handle/10665.2/55950>
- RAWLS, J. (1971). *TEORÍA . DE LA JUSTICIA*. (T. P. College, Ed.) Publicado por The Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge, Mass. . Obtenido de <https://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2019/12/doctrina48358.pdf>

Vásquez. et al, G. V. (s.f.). *Prevención del crimen y la violencia*. (©. 2. Crime.,  
Productor) doi:[https://globalinitiative.net/analysis/colombia-  
prevencion-crimen-violencia/](https://globalinitiative.net/analysis/colombia-prevencion-crimen-violencia/)

### **Sandra Verónica Falconi Peláez**

Licenciada en Enfermería de la Universidad Técnica de Machala, Máster en Epidemiología de La Universidad de Guayaquil, Doctorando del programa de Ciencias Médicas con especialización en Epidemiología y Salud Pública de la Universidad de Almería España. Su trayectoria profesional incluye roles claves como: Enfermera de hospital General, Enfermera de Hospital Básico, Enfermera de Atención Primaria en el establecimiento de salud, Profesora titular agregada de la UTMACH, Coordinadora del Grupo de investigación Atención de salud en grupos de riesgos, Coordinadora de la Carrera de Enfermería, miembro del equipo académico para diseñar proyectos de carreras y programas de estudios de grado y posgrado, como profesora de internado rotativo contribuyo activamente al proyecto de vinculación "Ciudad Limpia" y como Gestora del proyecto Vigilancia y Acción Comunitaria para el Control del Dengue (VACCD), además ejerce el rol de responsable del criterio Currículo de acuerdo con el modelo de evaluación del entorno de aprendizaje de la carrera de Enfermería, evidenciando su enfoque proactivo hacia la evaluación y mejora constante en salud pública. Su destacada labor académica se refleja en las publicaciones de numerosas obras relevantes.

### **José Manuel Reyes Romero**

Licenciado en Enfermería por la Universidad de Ciencias Médicas Zoilo E. Marinello Vidaurreta en Las Tunas, Cuba, inició su carrera en 1990, trabajando en diversos servicios de Atención Primaria y hospitales en países como Cuba, Belice, México y Venezuela, continuó su labor en Atención Primaria de Salud hasta que en 2015 se trasladó a Ecuador, trabajó en el hospital Básico Posteriormente, se unió a una Clínica particular, en abril de 2017, amplió su carrera hacia la educación, asumiendo un rol como Técnico Docente en la Universidad Técnica de Machala, además, imparte clases de capacitación en Enfermería y Farmacia durante los fines de semana, demostrando su compromiso con la educación continua y el desarrollo profesional en el campo de la salud. Su experiencia internacional y dedicación a la enseñanza lo destacan como un profesional integral en la enfermería y la educación superior.

ISBN: 978-9942-53-111-7

