

Nuevo modelo de atención en salud familiar, comunitario e intercultural. Parroquia Izamba - Sector La Merced

Lcda. Gabriela Cocha¹,

Lcdo. Olger Velástegui Naranjo Mg²

¹Licenciada en Enfermería, FCS/UTA

²Coautor Licenciado en Enfermería. Docente FCS/UTA

Contacto: mgabriela_cocha@yahoo.com

RESUMEN

El Nuevo Modelo de Atención Integral en Salud se orienta al cambio de los factores determinantes de la salud: desde los estilos de vida individual hasta los modos de vida sociales, con un enfoque en la salud familiar y comunitaria con énfasis en la identificación de los riesgos: biológicos, sanitarios y socio-económicos.

El Presente trabajo Investigativo está orientado a establecer el impacto que genera el “Nuevo Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural” en la calidad de vida del usuario de salud, permitiendo la aplicación de nuevas estrategias para mejorar el acceso a la salud de manera equitativa.

A través de la revisión de fichas familiares se identificó: un 35% de mujeres sin realización de DOC cervico uterino, 40% de embarazadas sin control prenatal, el 50% tienen animales domésticos intradomiciliarios, 33% con mala eliminación de basura y un 32% con mala eliminación de desechos líquidos. El 83% de población ha manifestado su satisfacción por la atención recibida calificándola como buena y muy buena, lo que permite establecer que el Nuevo Modelo de Atención Integral en Salud ejerce un impacto positivo en la calidad de vida del usuario. La implementación del “Nuevo Modelo de Atención Integral en Salud” en la Parroquia Izamba tiene una cobertura del 32% requiriendo ampliarlo a las demás comunidades de la parroquia mediante la coordinación con la autoridad de salud, la contratación de Equipos Básicos de Atención en Salud (EBAS) que apoye al personal existente.

Palabras Claves: Modelo de atención en salud, riesgos biológicos, riesgos sanitarios, riesgos socio-económicos, satisfacción del usuario de salud, calidad de vida.

SUMMARY

The New Model of Comprehensive Health Care is aimed at changing the determinants of health: from individual lifestyles to social lifestyles, with a focus on family and community health with emphasis on identifying the risks biological and socio-economic health.

Present research work is aimed at establishing the impact that the “New Model for Integral Family Health, Community and Intercultural” in quality of life for users of health, allowing the implementation of new strategies to improve access to health equitably.

Through the review of family records were identified: 35% of women without cervical

performing DOC, 40% of pregnant women without prenatal care, 50% have pets domiciliary, 33% with poor waste disposal and 32% with poor liquid waste disposal. 83% of people have expressed their satisfaction with care received rated as good and very good, thus establishing the New Model of Comprehensive Health Care has a positive impact on quality of life of the user. " Implementing New Model of Comprehensive Health Care Izamba " in the parish has a coverage of 32% requiring extended to other communities of the parish through coordination with the health authority, the hiring of Basic Health Care (EBAS) to support existing staff.

Keywords: health care model, biological hazards, health risks, socio-economic risks, user satisfaction of health, quality of life.

INTRODUCCIÓN

El Programa de Atención Integral a la Familia se implementa en Cuba en 1987. Según la OPS en el 2002 reconoce que Cuba tiene el mejor logro en la Equidad en Salud logro igual a 1.¹

En Ecuador se implementa el Nuevo Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural en el año 2008; nace como respuesta a las necesidades de la población excluida que exige su participación organizada en las comunidades.²

Dentro de sus estrategias se encuentran el desarrollo de equipos multiprofesionales de salud con una visión holística: médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería como el equipo básico de salud- EBAS, de atención primaria con el apoyo de promotores de salud, de la comunidad organizada.

Aborda la aplicación de instrumentos como la utilización de la ficha familiar que identifica los Grupos de Riesgo, A= Riesgos Biológicos con seis componentes (personas con vacunación incompleta, personas con malnutrición, personas con enfermedad de impacto, embarazadas con problemas, personas con discapacidad y personas con problemas mentales), B= Riesgos Sanitarios con cinco componentes (consumo de agua insegura, mala eliminación de basura y excretas, mala eliminación de desechos líquidos, impacto ecológico por industrias y animales intradomiciliarios) y C= Riesgos Socio Económicos con siete componentes (pobreza, desempleo o empleo informal del jefe de familia, analfabetismo, desestructuración familiar, violencia, alcoholismo, drogadicción, malas condiciones de la vivienda y hacinamiento) constituyéndose en un instrumento de registro, diagnóstico y seguimiento que proporciona información básica de las condiciones de salud de las personas, las familias, su ambiente y de las acciones realizadas por el personal de salud.³

Además aplica la ficha familiar y un familiograma que permite valorar la dinámica, la composición, estructura, el tipo de familia, relaciones, los roles que asume, el ciclo evolutivo por el cual esta cursando la familia en un momento determinado.

También este Nuevo Modelo de Atención implica la elaboración y manejo de un Mapa Parlante de la comunidad que además de ubicar geográficamente identifica las familias con mayor riesgo epidemiológico, y otros aspectos relacionados con la salud de la comunidad (abastos de agua, basurales, fabricas, farmacias, camales, restaurantes, etc.)^{4,5,6}

OBJETIVOS

Objetivo General.

Establecer el impacto del "Nuevo Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural" en la calidad de vida de los pobladores del Sector La Merced de la Parroquia Izamba.

La contribución de la Enfermería Comunitaria a la salud de la familia viene determinada y enmarcada por las nuevas necesidades y problemas de salud que presentan la población en el momento actual, por los cambios demográficos de las últimas décadas, por las transformaciones de los sistemas de salud, caracterizados por el desarrollo de la atención primaria, por la puesta en valor a nivel comunitario de la salud individual y colectiva.

Objetivos Específicos.

Determinar la cobertura del “Nuevo Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural” en la población de la Parroquia Izamba.

Analizar los principales riesgos para la salud: biológicos y sanitarios en la población del Sector La Merced de la Parroquia Izamba.

Identificar el cumplimiento de las actividades que realiza el personal de salud frente a los principales riesgos para la salud identificados en la población del Sector La Merced de la Parroquia Izamba.

Medir la satisfacción del usuario de salud frente al “Nuevo Modelo de Atención Integral en Salud”.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trabajó con la población total del Sector La Merced de la Parroquia Izamba y con el personal del Subcentro de Salud de Izamba (médico, obstetra y auxiliar de enfermería), con las 60 familias del sector en las que se identifican los riesgos: 1) biológicos 2) sanitarios 3) socio-económicos. Esta investigación recogió información sobre los 2 primeros antes y después de la intervención.

Se registró en la ficha familiar y se aplicó un rango de calificación de 0 a 4 por componente 0= sin riesgo; 1= riesgo muy bajo, 2= riesgo bajo, 3= riesgo moderado, 4= riesgo alto. Al final de la medición tanto inicial como final se realiza una sumatoria de valores de los siguientes rangos totales: 0= sin riesgo, 1-14= riesgo bajo, 15-34= riesgo medio, 35 a 72= riesgo alto.⁷

Se aplicó técnicas e instrumentos para la recolección de la información como:

Observación de campo.- aplicada al personal de salud durante 3 meses, a través de guías de observación se identificó las acciones realizadas por el personal de salud frente a los riesgos de salud identificados.

Entrevista.- realizada al personal de salud mediante un cuestionario de preguntas aplicada una sola vez, se determinó la cobertura del Nuevo Modelo de Atención Integral en Salud en la Parroquia Izamba, los beneficios y factores que intervienen en su aplicación.

Revisión de fichas familiares.- a través de listas de cotejo se identificó y se analizó los diferentes riesgos biológicos y sanitarios existentes en dicho sector, además se identificó la forma en que el personal de salud realizaba el llenado de la ficha familiar y famiograma.

Encuesta.- realizada al usuario de salud por una sola ocasión, mediante la cual se midió la satisfacción del usuario frente a las acciones recibidas por el personal de salud.

Además a través de una lista de cotejo se identificó la forma en que el personal de salud elaboró el mapa parlante y su debido manejo.

RESULTADOS

Procesamiento de la Fichas Familiares.

El Sector La Merced perteneciente a la Parroquia Izamba consta de 3 manzanas en las que se ha identificado la existencia de 60 familias; 201 personas con una estructura predominantemente joven (38% son menores de 20 años y el 8% fueron mayores a 65 años).

La Enfermería Comunitaria se centra en la ayuda al grupo familiar, al individuo y a la comunidad en la satisfacción de las necesidades básicas, a lo largo del ciclo vital y en cada uno de los procesos de salud-enfermedad a los que se enfrenten. Se trata de Facilitar y favorecer, la mayor autonomía de las personas y familias, la enfermedad, la recuperación y la rehabilitación.

Tabla N.- 1 Identificación de Riesgos Biológicos.

Principales riesgos biológicos identificados	Total de personas según riesgo	Personas en riesgo	%
-Mujeres sin DOC Uterino.	(MEF)Mujeres en Edad Fértil 78	27	35
-Personas con enfermedad de impacto	(20 años y más) 124	19	15
-Niños con vacunación incompleta	(menores de 5 años) 15	5	33
-Embarazadas sin controles prenatales	(embarazadas) 5	2	40

Fuente: Guía de Observación realizada al personal de salud.
Elaborado por: Gabriela Cocha.

Dentro de los riesgos biológicos tenemos: mujeres sin realización de la Detección Oportuna Cáncer Cervico Uterino (DOC) en un 35%; embarazada sin controles prenatales en un 40%; es necesario que las mujeres en edad fértil (MEF) se realicen el DOC uterino por lo menos una vez al año para lograr disminuir en el tiempo la mortalidad por esta enfermedad. En Ecuador según el registro nacional de tumores y del INEC fallecen 400 mujeres al año a pesar de que se trata del único tipo de cáncer al que se le han dedicado múltiples campañas de prevención y detección precoz desde más de 25 años.⁸

Tabla N.- 2 Identificación de Riesgos Sanitarios.

Principales riesgos Sanitarios	Total de familias según riesgo	%
-Familias con presencia de animales intradomiciliarios (mascotas) más de tres al interior de la casa.	30	50
-Familias con mala eliminación de la basura.	20	33
-Familias con mala eliminación de desechos líquidos.	19	32
-Familias con consumo de agua insegura.	15	25
-Familias con mala eliminación de excretas.	10	17
Total de familias del Sector La Merced	60	100

Fuente: Guía de Observación realizada al personal de salud.
Elaborado por: Gabriela Cocha.

Los riesgos sanitarios existentes en la comunidad fueron: la presencia de mascotas intradomiciliarias más de tres en un 50%, la mala eliminación de basura en un 33% y de desechos líquidos en un 32% constituyéndose en los principales riesgos sanitarios puesto que al tener mascotas sin el debido cuidado, sin vacunación al interior de la vivienda pueden transmitir enfermedades a la familia tales como: la rabia, alergias, la leptospirosis, la fiebre amarilla, al igual que la eliminación inadecuada de basura y desechos líquidos contaminan las fuentes de agua, el suelo y favorece la proliferación de fauna nociva (ratones) y vectores (pulgas, moscas, etc.) inmersas en la cadena de transmisión de las enfermedades de mayor morbimortalidad en el país y la provincia (IRA, EDA).⁹

Acciones realizadas por el personal de salud frente a los riesgos identificados

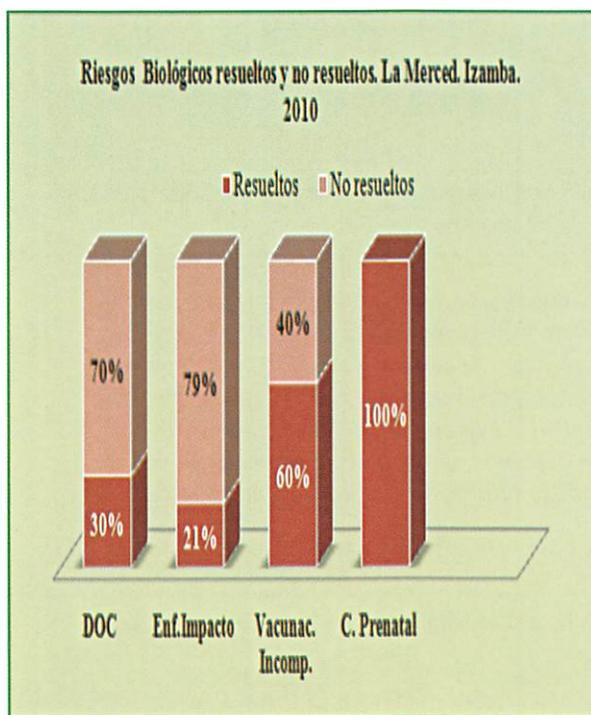


Gráfico N.- 1 Riesgos Biológicos

Fuente: Guía de Observación realizada al personal de salud.
Elaborado por: Gabriela Cocha

A pesar de que la mayor parte de riesgos estuvo focalizada en el sexo femenino, a través de las acciones realizadas por el personal de salud se obtiene una cobertura total en las embarazadas que recibieron la vacuna dT correspondiente. Además del grupo de niños menores de 5 años identificados con esquema incompleto de vacunas un 60% recibieron la vacuna correspondiente, lo que permite lograr el control, eliminación y erradicación de las enfermedades prevenibles por vacunación.

Únicamente el 21% de personas con enfermedades de impacto entre ellas: artritis, Parkinson, hipertensión arterial reciben atención médica especializada, factores como el estado económico y el descuido por parte del usuario de salud impiden que el resto de esta población acudan al médico especialista. Esto requiere trabajo permanente por parte del Equipo de Salud.

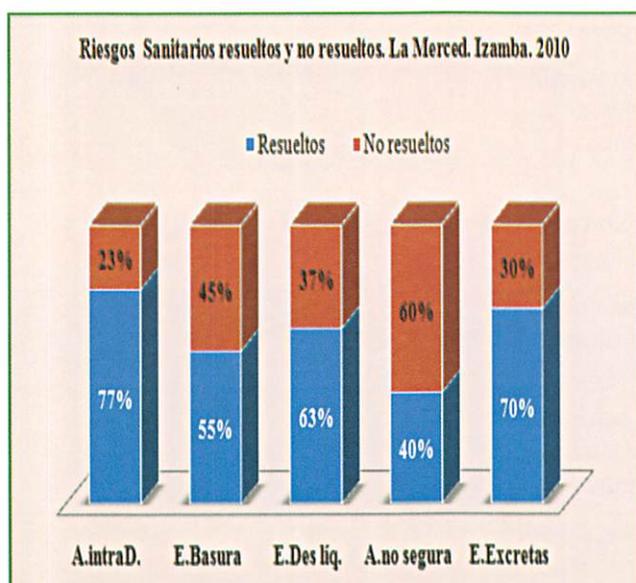


Gráfico N.- 2 Riesgos Sanitarios

Fuente: Guía de Observación realizada al personal de salud.
Elaborado por: Gabriela Cocha

A pesar de que el personal de salud ha realizado actividades en cuanto a los riesgos sanitarios, es necesario contar con la colaboración de usuario y de las autoridades de la comunidad; muchas familias no realizan las conexiones respectivas para que tengan agua potable permanente en el domicilio y continúan consumiendo agua insegura, entubada, sin su debido tratamiento almacenado en tanques con una infraestructura y cuidado inadecuado, lo que pone en riesgo la salud de la familia de acarrear enfermedades transmitidas por el agua como: cólera, la fiebre tifoidea, la disentería, la poliomielitis, la meningitis y las hepatitis A y B^{10, 11}

Aplicación de los instrumentos del Nuevo Modelo de Atención Integral.

Se pudo apreciar el personal de salud tiene fallencias en el llenado de la ficha familiar en los siguientes aspectos: registro de la existencia de contaminación ambiental, en la ubicación de la vivienda con los puntos de contaminación así como en el registro de los compromisos por parte del personal de salud frente a los riesgos identificados.

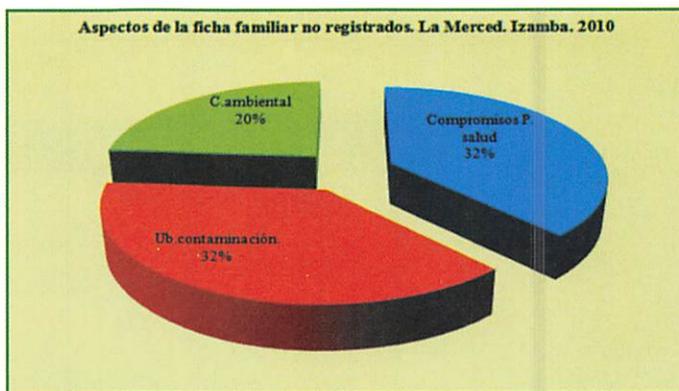


Gráfico N.- 3

Fuente: Lista de cotejo empleada al personal de salud.
Elaborado por: Gabriela Cocha

Adicionalmente, se observó que el personal de salud no aplica correctamente el famiio-grama pues no establece patologías y antecedentes médicos según código establecido, ni la ubicación del jefe de familia dentro del famiio-grama.

Lo que impide una valoración correcta de la estructura familiar y los riesgos presentes en las familias, siendo este un indicador de calidad de la atención que siempre debe identificarse y registrarse.¹²

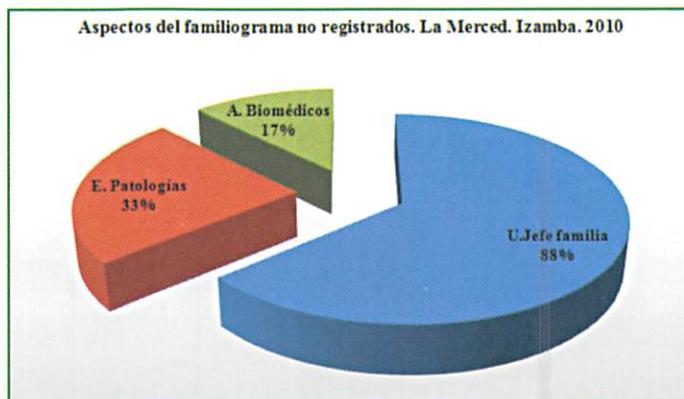


Gráfico N.- 4

Fuente: Lista de cotejo empleada al personal de salud.
Elaborado por: Gabriela Cocha

Apreciación de la satisfacción por parte del usuario

En cuanto a la satisfacción de los usuarios, manifestaron el 83% de las familias (50/60) que la atención proporcionada por el personal de salud se encuentra dentro de los parámetros de buena y muy buena, lo que muestra la aceptación a esta forma de trabajo que es nueva en la comunidad.

Por lo que permite valorar a futuro también los riesgos socio-económicos en la familia y proporcionar acciones.

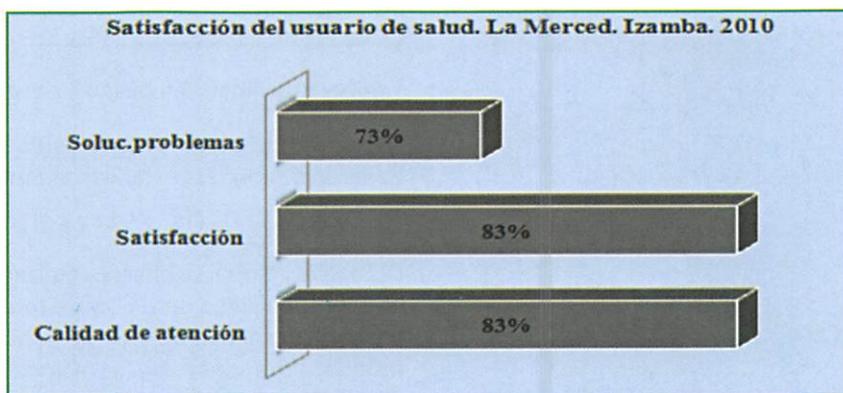


Gráfico N.- 5 Satisfacción del usuario

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Gabriela Cocha

Evaluación Final.

RIESGOS BIOLÓGICOS					
Variable					
Grupo Programático	Población	Cobertura Inicial	En riesgo	Riesgo Resuelto	Cobertura Final *
Menores de 5 años	15	10 67%	5 335	3 20%	13 87%
Embarazadas	5	3 60%	2 40%	2 40%	5 100%
Enf. Impacto	124	81 65%	43 35%	13 10.8%	94 75.8%
DOC Uterino	78	66 85%	12 15%	3 3.4%	69 88.4%

* **Cobertura Final**= Cobertura inicial + riesgo resuelto

Al comparar las coberturas de atención al inicio y al final del período de investigación se encontró que estas tienen diferencias altamente significativas pues el

$$Chi^2 = 9.40 ; 3 \text{ gl (grados de libertad) ; } p = 0.02351.$$

RIESGOS SANITARIOS (60 familias)				
Variable				
Aspecto	Sin riesgo	En riesgo	Riesgo Resuelto	Cobertura Final *
A.IntraD.	30 50%	30 50%	23 38%	53 88%
E.basura	40 67%	20 33%	11 18%	51 85%
E.Des liq.	41 685	19 325	12 20%	53 88%
A.segura	45 75%	15 25%	6 10%	51 85%
E.excretas	50 83%	10 17%	7 12%	57 95%

* **Cobertura Final**= Sin riesgo + riesgo resuelto.

En los riesgos sanitarios igualmente se encontró que las coberturas iniciales y finales tuvieron diferencias estadísticamente significativas pues el

$$Chi^2 = 59.6 ; 4 \text{ gl (grados de libertad) ; } p = 0.000.$$

Del análisis global se observa entonces que el “Nuevo Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural” efectivamente está contribuyendo a mejorar la calidad de vida de la población del Sector La Merced de la Parroquia Izamba, notándose que las mejoras son más significativas en las intervenciones sanitarias que en las intervenciones para los riesgos biológicos.

DISCUSIÓN.

En nuestro país, durante muchos años se ha observado que el Modelo de Atención en Salud se ha orientado a proporcionar atención individual, los programas de salud a nivel nacional, se aplican de manera que sus indicadores privilegian la medición de coberturas, y no de los avances de los procesos, su efectividad, la satisfacción del usuario. El propósito únicamente era atender la enfermedad con un enfoque biológico, cuya estrategia era la curación.¹³

Con la implementación del Nuevo Modelo de Atención Integral en Salud, con enfoque comunitario, familiar e intercultural y pluricultural, permite incorporar las prácticas de la medicina tradicional y alternativa, permite la entrada del usuario al sistema

por el primer nivel de atención con énfasis en la identificación de riesgos a través de la aplicación de la ficha familiar que el personal de salud realiza durante las visitas domiciliarias en la comunidad. El propósito del Nuevo Modelo es contribuir a la salud, al desarrollo humano, calidad de vida; utiliza la estrategia de promoción y prevención de enfermedades, con un enfoque biológico, psicológico y social constituyéndose en un modelo horizontal y sistémico, tomando en cuenta la atención en salud a todo el ciclo de vida con una visión transversal de género, en la cual la población asume un papel protagónico dando énfasis a la inclusión social, que garantiza que toda la población reciba atención gratuita rompiendo las barreras económicas, culturales, viales y geográficas que tradicionalmente han limitado el acceso a los servicios, especialmente de la población rural más pobre.¹⁴

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A través de la investigación se ha concluido que:

- ✓ La implementación del “Nuevo Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural” en la Parroquia Izamba tiene una cobertura del 32% pues se ha aplicado a 10 sectores de los 31 sectores que conforman la Parroquia Izamba.
- ✓ La aplicación de las fichas familiares ha facilitado al personal de salud, la identificación de los diferentes riesgos para la salud como: la existencia de los riesgos biológicos estuvo focalizado en el sexo femenino, con un 35% de mujeres sin DOC uterino y embarazadas sin controles prenatales en un 40%. Además de la identificación de riesgos sanitarios como la presencia de animales intradomiciliarios en un 50% de familias con alto riesgo de zoonosis, así como la mala eliminación de basura en un 33% y de desechos líquidos en un 32%.
- ✓ El personal de salud ha realizado actividades frente a los riesgos identificados, que conjuntamente con la colaboración del usuario de salud en un 73% los han solucionado; los mismos que reflejan la satisfacción en el 83% de los usuarios de salud que califican la atención como buena y muy buena. Es decir el Nuevo Modelo de Atención Integral en Salud ejerce un impacto positivo en la calidad de vida del usuario de salud.
- ✓ El personal de salud tiene falencias en el diligenciamiento de los instrumentos del modelo de atención tanto en el llenado de la ficha familiar como en la elaboración y manejo del mapa parlante.

RECOMENDACIONES

- * Se debe ampliar el modelo a las demás comunidades de la parroquia para lo que se hace necesario coordinar con la autoridad de salud, la contratación de Equipos Básicos de Atención en Salud (EBAS) que apoye al personal existente.
- * Se requiere mejorar la aplicación del modelo especialmente en lo relacionado en el diligenciamiento de los formularios de la ficha familiar y en la elaboración y manejo del mapa parlante. Para esto se recomienda capacitar y apoyar al Equipo de Salud en el tema.
- * Por lo referido por algunos usuarios es necesario colocar avisos que den cuenta del lugar donde se encuentra el personal de salud a fin de mantener informado a la comunidad y evitar mala interpretación del trabajo.



BIBLIOGRAFÍA

- 1 Organización Mundial de la Salud. Equidad en Salud. 2009. Pág. 87.
- 2 PUENTE, E. Subsecretaria de Extensión de Protección Social en Salud. Evolución del Modelo de Atención integral en Salud a Nivel Nacional. Ecuador. Noviembre. 2008. Págs. 10-15.
- 3 MSP. Subsecretaria de Extensión de Protección Social en Salud. Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, comunitario e Intercultural. Ecuador. 2008. Págs. 70
- 4 MSP. Subsecretaria de Extensión de Protección Social en Salud. Modelo de Atención en salud integral, familiar, comunitario e intercultural. Guía de Operacionalización. Ecuador. 2008. Págs. 30-40.
- 5 GONZÁLEZ, L. Definición y aspectos generales de la ficha familiar y familiograma. Cuba.2001. Págs.236-240.
- 6 MSP. Subsecretaria de Extensión de Protección Social en Salud. Modelo de Atención en salud integral, familiar, comunitario e intercultural. Mapa Parlante. Ecuador. 2008. 12
- 7 MSP. Participación Social. Ficha familiar. 2008. Págs. 22.
- 8 LEONE, M. (2009, 5 de octubre). Cáncer Uterino en el Ecuador. El Heraldo. Pág. 7-A.
- 9 Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).Anuario de Estadísticas Hospitalarias. Camas y Egresos. 2009.
- 10 MEJIA, D. Salud Familiar para América Latina. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Bogotá. 2005. Págs. 680-700
- 11 Ministerio de Salud de Chile. Normas Técnicas de Vigilancia de enfermedades transmisibles. Chile. 2000. Págs. 37, 54, 58, 105,112.
- 12 Organización Panamericana de la Salud (OPS). Situación en las Américas. Indicadores Básicos de Salud. Washington DC: OPS; 2009.
- 13 MSP. Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, comunitario e Intercultural. Opcit. Págs.1-7.
- 14 MSP. Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, comunitario e Intercultural. Opcit. Págs. 10-16.

La Declaración de Helsinki

Es considerada como el documento más importante en la ética de la investigación con seres humanos a pesar de que no es un instrumento legal que vincule internacionalmente. Su autoridad emana del grado de codificación interna y de la influencia que ha ganado a nivel nacional e internacional (WMA 2000, Bošnjak 2001, Tyebkhan 2003).