

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



**Oportunidad de alianza humanizadora en el cuidado enfermero comunitario
desde la percepción de los actores sociales en el cantón Esmeraldas**

Tesis para obtener el Grado de Doctor en Enfermería

Autor:

Mg. Marilyn Marivel Vila Maffare

Asesor:

Dra. Yolanda Elizabeth Rodríguez de Guzmán

Lima, diciembre de 2025

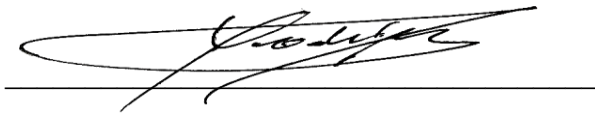
DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD DE TESIS

Yo Dra. Yolanda Rodríguez de Guzmán, docente de la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada:” **OPORTUNIDAD DE ALIANZA HUMANIZADORA EN EL CUIDADO ENFERMERO COMUNITARIO DESDE LA PERCEPCIÓN DE LOS ACTORES SOCIALES EN EL CANTÓN ESMERALDAS**” de la autora Marilyn Marivel Vila Maffare tiene un índice de similitud de 10% verificable en el informe del programa Turnitin, y fue realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponde ante cualquier falsedad u omisión de los documentos como de la información aportada, firmo la presente declaración en la ciudad de Lima, a los 17 días del mes de diciembre del año 2025.



Dra. Yolanda Elizabeth Rodríguez de Guzmán

NOTARIA ZAMBRANO

LAS ALONDROS 127 JUVENIL DE SANTA ANITA



SANTA ANITA-LIMA 43

TELF: 3624545



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS DE DOCTOR 0163

En Lima, Ñaña, Villa Unión, a 29 días del mes de enero, del año 2026, siendo las 10:00 a.m. se reunieron en el Salón de Grados y Títulos de la Universidad Peruana Unión, bajo la dirección del Señor Presidente del Jurado: Dra. María Teresa Catanillas Chávez, y los demás miembros siguientes: Dra. Delia Luz León Castro, como Secretario; Dra. Marcos E. Flores Romáez, Dra. Irene H. Zapata Silva, Dra. Keila E. Miranda Limachi y Dra. Pamela Elizabeth Rodríguez de Guzmán, con el propósito de llevar a cabo el acto público de la sustentación de tesis de posgrado titulada: Oportunidad de alianza humanizadora en el cuidado enfermero comunitario desde la percepción de los actores sociales en el cantón Esmeraldas.

del Magíster: MARILYN MARIVEL VILA MAFFARE
conducente a la obtención del Grado Académico de Doctor en: ENFERMERÍA

El Presidente del Jurado dio por iniciado el acto invitando al candidato a hacer uso del tiempo señalado por el Jurado para su exposición. Concluida la exposición, el Presidente del Jurado invito a los demás miembros del mismo a realizar las preguntas, cuestionamientos y aclaraciones pertinentes que fueron absueltas por el candidato, el acto fue seguido de un receso de quince minutos para las deliberaciones y el dictamen del Jurado. Vencido el tiempo de las deliberaciones, el Jurado procedió a dejar constancia escrita del resultado en la presente acta, con el dictamen siguiente:

APROBADO por UNANIMIDAD con el mérito académico adicional de MUY BUENO

El Presidente del Jurado solicito al candidato ponerse de pie y procedió a poner en su conocimiento el resultado, terminado el mismo y sin objeción alguna, el Presidente del jurado dio por concluido el acto, en fe de lo cual firman al pie.

.....
Presidente

.....
Secretario

.....
Miembro

.....
Miembro

.....
Miembro

.....
Candidato

La sustentación fue realizada de manera virtual

Tabla de Contenido

Dedicatoria.....	i
Agradecimiento.....	ii
Resumen.....	9
Abstract.....	10
Capítulo I	11
Introducción	11
Realidad Problemática.....	11
Objeto de Estudio:	22
Preguntas Norteadoras.....	22
Objetivos.....	23
Justificación.....	23
Capítulo II.....	26
Marco Teórico.....	26
Antecedentes.....	26
Antecedentes internacionales.....	26
Antecedentes Nacionales	31
Bases teóricas	34
Referente Contextual	34
Bases Conceptuales	40
Alianza.....	41
Actores Sociales Comunitarios.....	42
Cuidado.....	43

Brechas de la alianza	47
Enfermería comunitaria	49
Referente Epistemológico.....	50
Capítulo III.....	59
Materiales y Métodos.....	59
Tipo de Estudio.....	59
Diseño de la Investigación.....	59
Escenario de la Investigación	61
Sujetos de Estudio	63
Criterios de Inclusión para las Enfermeras	67
Criterios de Inclusión para los Actores Sociales	67
Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos	67
Procedimiento de Recolección de datos	68
Análisis e Interpretación de los Datos	68
Consideraciones Éticas y de Rigor Científico	69
Consideraciones Éticas	69
Criterios de Rigor Científico	70
Capítulo IV.....	71
Resultados y discusión.....	71
Resultados.....	71
Discusión	71
Categoría 1. Experiencias de los enfermeros en el ámbito del cuidado comunitario	71
Categoría 2. Actores Sociales Percibiendo el Cuidado Comunitario	83

Oportunidad de Alianza Humanizadora en el Cuidado Enfermero comunitario desde la percepción de los actores sociales en el cantón Esmeraldas	91
Alianzas Humanizadoras.	94
Capítulo V	101
Conclusiones, recomendaciones y limitaciones.....	101
Conclusiones.....	101
Recomendaciones	106
Limitaciones	107
Referencias Bibliográficas	108
Apéndices.....	126

Dedicatoria

Dedico esta tesis a mis padres, Alejandro y Fanny, por darme ese amor incondicional y apoyo constante en vida, y hoy en sus ausencias son la luz que guía mi camino en cada paso de esta travesía académica, gracias, MADRE LINDA. Su sacrificio y dedicación me han inspirado a perseguir mis sueños con valentía y determinación. (para Ustedes hasta el cielo)

A mi esposo, Julio Jiménez S., por su amor, paciencia y aliento constante. Tu apoyo ha sido fundamental en cada etapa de este viaje, y no podría haberlo logrado sin ti.

A mi hija, Jahaira, quien es mi mayor inspiración. Tu alegría y curiosidad, valentía me recuerdan la importancia de perseguir nuestros sueños con pasión y determinación. Gracias Xavier Lemos al ser parte de mi familia junto a mis bellos nietos José David, Luciana y Danna.

A mis hermanos Alexandra, Edgar y Jorge Luis y cada uno de los miembros de sus familias, quienes siempre han estado a mi lado, brindándome su amor y aliento. Gracias por creer en mí y por ser mi red de apoyo en cada paso de esta travesía.

No menos importante a mi abuela, mi inspiración para el tema de esta tesis; Ana María Vera V. “hasta el cielo mami Mari” mujer luchadora que siempre profesaste la fe en nuestro Señor Jesucristo.

Agradecimiento

Agradecida con Jesucristo mi Señor y Redentor, por su infinita bondad su fortaleza han sido mi refugio en los momentos de incertidumbre, pérdida y desafío, inspirándome a perseverar en la búsqueda del conocimiento.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Esmeraldas por el apoyo brindado para desarrollar el doctorado.

A la Universidad Peruana Unión expresar mi más profundo agradecimiento a la plana docente que me ha acompañado a lo largo de este camino académico.

Mi más sincero agradecimiento a la Dra. María Teresa Cabanillas por su apoyo incondicional, guía constante y valiosa orientación durante toda mi formación académica. Su compromiso y dedicación constante han sido fundamentales para superar los retos y lograr que esta tesis sea una realidad. Gracias por su paciencia, consejos y motivación he podido afrontar cada etapa con seguridad y entusiasmo.

A la Dra. Irene Zapata, por haberme transmitido sus enseñanzas, sus responsabilidades debatidas en reuniones, sobre todo, por los valores que me han transmitido, con los que he podido crecer, en este caso, como persona hacia este peldaño académico. Este logro es también un reflejo de su generoso acompañamiento y profesionalismo. Siempre llevaré con gratitud todo lo que aprendí de Usted, permitió que mi camino fuera más claro y enriquecedor.

A la Dra. Mónica Elisa Meneses La Riva, su generosidad al compartir conocimientos y su apoyo incondicional fueron claves para alcanzar la culminación de este doctorado. Cada palabra de aliento y cada oportunidad de aprendizaje han dejado una huella invaluable en mi formación profesional y personal.

Agradecer de corazón a mi asesora de tesis, la Dra. Yolanda Rodríguez, por todo el apoyo, la guía y la paciencia que me brindó durante este camino. Su experiencia y dedicación no solo fueron clave para que esta investigación pudiera salir adelante, sino que también me ayudaron a crecer tanto académica como personalmente. Gracias por inspirarme a seguir creciendo y por ser parte fundamental de este logro.

Agradecimiento a mi Amiga y compañera de trabajo Mtra. María Teresa Torres, que siempre estuvo animándome para el desarrollo y la culminación de que la tesis sea una realidad.

Además de las personas mencionadas, estoy consciente de que hay otros a quienes no he nombrado, esto no significa que no los tenga presentes. Agradezco sinceramente a cada uno de Ustedes que, de una forma u otra, han contribuido a la realización de esta tesis doctoral.

Tabla de Contenido

Dedicatoria.....	i
Agradecimiento.....	ii
Resumen.....	9
Abstract.....	10
Capítulo I	11
Introducción	11
Realidad Problemática.....	11
Objeto de Estudio:	22
Preguntas Norteadoras.....	22
Objetivos.....	23
Justificación.....	23
Capítulo II.....	26
Marco Teórico	26
Antecedentes.....	26
Antecedentes internacionales.....	26
Antecedentes Nacionales	31
Bases teóricas	34
Referente Contextual	34
Bases Conceptuales	40
Alianza.....	41
Actores Sociales Comunitarios.....	42
Cuidado.....	43

Brechas de la alianza	47
Enfermería comunitaria	49
Referente Epistemológico.....	50
Capítulo III.....	59
Materiales y Métodos.....	59
Tipo de Estudio.....	59
Diseño de la Investigación.....	59
Escenario de la Investigación	61
Sujetos de Estudio	63
Criterios de Inclusión para las Enfermeras	67
Criterios de Inclusión para los Actores Sociales	67
Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos	67
Procedimiento de Recolección de datos	68
Análisis e Interpretación de los Datos	68
Consideraciones Éticas y de Rigor Científico	69
Consideraciones Éticas	69
- Confidencialidad: Se refiere a que las grabaciones son confidenciales, utilizadas solo para fines de investigación. Los testimonios de los participantes.	70
Criterios de Rigor Científico	70
Capítulo IV.....	71
Resultados	71
Resultados.....	71
Discusión	71

Categoría 1. Experiencias de los enfermeros en el ámbito del cuidado comunitario	71
Categoría 2. Actores Sociales Percibiendo el Cuidado Comunitario	83
Oportunidad de Alianza Humanizadora en el Cuidado Enfermero comunitario desde la percepción de los actores sociales en el cantón Esmeraldas	91
Alianzas Humanizadoras.	94
Capítulo V	101
Conclusiones, recomendaciones y limitaciones.....	101
Conclusiones.....	101
Recomendaciones	106
Limitaciones	107
Referencias Bibliográficas	108
Apéndices.....	126

Índice de tablas

Tabla 1: Parroquias, Centros de Salud. Cantón Esmeraldas, Ecuador, 2026	62
Tabla 2: Características de las enfermeras sociodemográficas de las enfermeras. Cantón Esmeraldas, Ecuador, 2022.....	63
Tabla 3: Características sociodemográficas de los actores sociales, cantón Esmeraldas, Ecuador 2022.....	64

Resumen

El cuidado debe verse desde una perspectiva humana y centrarse en las necesidades de las personas y grupos vulnerables de la comunidad que necesitan ayuda y garantizar la calidad de los servicios de salud. El objetivo del estudio fue, develar las oportunidades de alianza humanizadora en el cuidado enfermero comunitario desde la percepción de los actores sociales en el cantón Esmeraldas de la provincia Esmeraldas, Ecuador. El enfoque fue cualitativo, con diseño descriptivo- interpretativo. Participaron 7 actores sociales y 8 enfermeras, seleccionados mediante muestreo por conveniencia y saturación de datos, a quienes se les aplicó una guía de entrevista semiestructurada a profundidad, con análisis de contenido temático. Los hallazgos obtenidos en el estudio pusieron de manifiesto dos categorías: Categoría 1. Experiencias de los enfermeros en el ámbito del cuidado comunitario, con las subcategorías: Brindando cuidado integral debilitado por recarga de trabajo que desborda el cuidado humanizado y Realizando cuidado de enfermería intra y extramural con dificultad, riesgo y esfuerzo a su vez la Categoría 2. Actores sociales percibiendo el cuidado comunitario humanizado, con las subcategorías Percibiendo un cuidado adecuado e inadecuado, apreciando un Cuidado humano e inhumano, intramural con dificultad para atender a los pacientes con difícil accesibilidad y población numerosa. El estudio evidenció que la percepción de los actores sociales es fundamental para un cuidado humanizado para la comunidad porque con ello se busca garantizar que las intervenciones de salud sean culturalmente pertinentes, accesibles y efectivas; por lo que fortalecer el cuidado en APS con cuidado humanizado, contribuye para que la comunidad tenga un desarrollo sostenible y compartido.

Palabras clave: alianza humanizadora, cuidado enfermero comunitario, actores sociales

Abstract

Care must be viewed from a human perspective, focusing on the needs of vulnerable individuals and groups in the community who require assistance, while ensuring the quality of health services. The purpose of the study was to uncover opportunities for humanizing alliances in community nursing care from the perception of social actors in the Esmeraldas Canton, Esmeraldas Province, Ecuador. A qualitative approach was employed, with a descriptive and dialectical design. Seven social actors and eight nurses participated, selected through convenience sampling and data saturation; a semi-structured in-depth interview guide was applied, followed by thematic content analysis. The findings revealed two categories: Category 1. Nurses' experiences in community care, with the subcategories: Providing comprehensive care weakened by workload overload that overwhelms humanized care and Performing intra- and extramural nursing care with difficulty, risk, and effort. Likewise, Category 2. Social actors perceiving humanized community care, with the subcategories: Perceiving adequate and inadequate care, Appreciating human and inhuman care, and Intramural care with difficulty in attending to patients with challenging accessibility and a large population. The study evidenced that the perception of social actors is fundamental for humanized community care, as it seeks to ensure that health interventions are culturally pertinent, accessible, and effective. Therefore, strengthening primary health care (PHC) with humanized care contributes to sustainable and shared community development.

Keywords: humanizing alliance, community nursing care, actors

Capítulo I

Introducción

Realidad Problemática

La Atención Primaria de Salud (APS) se configura como el nivel inicial de acceso al sistema de salud para personas y familias, desempeñando un papel importante en la mejora de la salud y el bienestar. Su atributo destacado es su cercanía a áreas residenciales, ocupacionales y comunales, lo que mejora la disponibilidad de atención médica rápida y eficiente. Este método se concentra en la atención médica proactiva, enfatizando la prevención de enfermedades y la educación sobre el bienestar, cruciales para fomentar hábitos saludables y disminuir la prevalencia de enfermedades. Además, se caracteriza por su metodología exhaustiva, que aborda no solo los problemas de salud corporal, sino también los factores sociales que influyen en la salud general de las personas (Vignolo et al., 2011).

La APS tiene como objetivo proporcionar un servicio integrado e ininterrumpido durante toda la vida, garantizando que las personas obtengan un tratamiento adecuado en todas las fases de su bienestar. Esta amplia estrategia es imperativa para garantizar una atención sanitaria justa y disponible.

Por ello, la iniciativa fomenta aún más la participación comunitaria en la toma de decisiones relacionadas con la salud, reforzando un vínculo entre los establecimientos de salud y las poblaciones a las que atiende. La importancia de la atención primaria de Salud (APS) radica en su capacidad para abordar no solo las necesidades de su salud inmediata de los individuos, sino también para trabajar hacia las mejoras sostenibles en el bienestar general de las comunidades. De ahí que los países con marcos sofisticados de atención primaria de salud exhiben métricas de salud superiores, incluidas tasas reducidas de muerte prematura y una mayor esperanza de vida.

Esto pone de relieve como una atención primaria de salud sólida, puede mejorar notablemente el bienestar de la Comunidad y definir las disparidades en la obtención de ayuda médica. En términos simples la Atención Primaria de Salud. Es el primer paso hacia los servicios de salud y es importante para el crecimiento comunitario sano y justo (Maiz, 2019).

En este contexto, la enfermería se considera una ciencia y una disciplina que coexiste con otras profesiones de la salud, donde la colaboración en equipo es esencial debido a la necesidad de trabajar conjuntamente entre los diferentes profesionales; es una de las carreras más solicitadas a nivel global, en parte porque los sistemas de salud requieren profesionales capaces de ofrecer cuidados humanísticos de alta calidad. No obstante, el limitado recurso humano de profesionales en enfermería, lo que representa un desafío a nivel mundial, especialmente en América Latina, donde se enfrenta una grave escasez de personal capacitado. Además, en ciertas ocasiones, el potencial que estos profesionales pueden aportar al sistema de salud no es aprovechado en beneficio de la comunidad (Andrade et al., 2023).

Cabe destacar que el cuidado del enfermero con enfoque comunitario se basa en la comprensión de que la salud de los individuos está intrínsecamente relacionada con su entorno social y familiar. La alianza humanizadora en el cuidado enfermero comunitario se refiere a un enfoque que busca integrar la atención de salud con un fuerte componente de humanización, centrando la atención en las relaciones interpersonales y en el respeto por la dignidad de las personas. Se promueve la colaboración entre enfermeros y la comunidad, enfatizando la importancia de entender las necesidades de salud desde un contexto social y cultural.

Esto implica que las enfermeras deben trabajar no solo en la resolución de problemas de salud, sino también en la creación de alianzas con las personas y comunidades para abordar sus

necesidades de salud de manera integral. La humanización en el cuidado se logra a través de la construcción de relaciones de confianza entre enfermeros y pacientes.

De esta manera se logra la toma de decisiones compartidas promoviendo la inclusión de todos los actores involucrados en la salud comunitaria. Esto fortalece la relación entre los profesionales de la salud y la comunidad, identificando y abordando las necesidades de salud de manera más efectiva (Thomas, 2018).

Por lo tanto, la enfermería comunitaria ayuda a las personas a mantenerse saludables al observar cómo su salud se conecta con su vecindario y su entorno. Considerando esta estrategia, se implementa una serie de cuidados y métodos para proteger el bienestar de colectivos que comparten rasgos y ambiciones similares. Se centra en mantener a las personas sanas y prevenir enfermedades. La prevención implementa acciones que reducen los riesgos para la salud; con la participación comunitaria implica que el colectivo decida sobre su bienestar.

Este plan incluye cuidar la salud de todos, asegurándose de que los grupos adecuados sepan cómo ayudar y se aseguren de brindar una buena atención. Este modelo debe ajustarse a las estrategias de salud pública y concordar a los atributos únicos de cada población. La atención debe ser holística, teniendo en cuenta no sólo las dimensiones físicas, sino también las dimensiones emocionales, sociales y culturales que influyen en el bienestar.

Esto sugiere un trabajo en equipo multidisciplinario que involucre a expertos de diversos campos, como la salud y el mundo académico, y que abarque a alumnos de secundaria y nivel superior. El cuidado de enfermería en la comunidad nos permite formular estrategias que influyan en una mayor población en un menor tiempo (Acosta-Salazar, 2016).

La filosofía de Waldow sobre el cuidado humano interpela profundamente en mi trayectoria como enfermera educadora en el ámbito comunitario, donde cada intervención

trasciende la técnica para convertirse en un acto de reconocimiento pleno del otro; resalta esa tensión esencial entre el conocimiento científico riguroso, los procedimientos ejecutados con precisión y evidencia y la mirada atenta hacia la persona que recibe el cuidado, sin perder de vista su humanidad única.

En visitas comunitarias a familias vulnerables, he vivido cómo este equilibrio genera un humanismo auténtico, no basta con dominar protocolos; se trata de infundirles el pulso vital del paciente y su entorno, reconociendo que el cuidado es un diálogo vivo, no una transacción. Personalmente, Waldow me ha enseñado que el verdadero enfermero humanista no emerge de aulas o escenarios clínicos aislados, sino del ir y venir de la interacción profesional-paciente, donde se forja un valor agregado irremplazable.

Este enfoque de Waldow, con su énfasis en el "cuidado expresivo" e invisible, me convence de que en la enfermería comunitaria radica la clave para humanizar sistemas de salud a menudo despersonalizados, tejiendo redes de empatía que perduran más allá de la curación física.

Según la Ley de Talento Humano de Enfermería, promulgada en Colombia a través del decreto 755 de 2022, establece la "Política Nacional de Talento Humano de Enfermería y el Plan Estratégico 2022-2031" con el objetivo de mejorar las condiciones de formación, desempeño, gestión y desarrollo integral del personal de enfermería, en el marco del fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y los regímenes especiales.

Esta política incorpora un enfoque de humanización en la atención, enfatizando la necesidad de cultivar en las organizaciones una cultura de empatía, respeto y dignidad, así como el ejercicio de los derechos humanos y la comunicación asertiva. Además, se introduce un debate sobre los límites del ejercicio de poder en la relación entre los trabajadores de la salud y los

pacientes, promoviendo una reflexión ética sobre el significado y la coherencia del cuidado humano en las prácticas relacionales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

La evaluación de la competencia cultural en los profesionales de enfermería no debe limitarse únicamente a sus habilidades y conocimientos, sino que es esencial considerar también los resultados que experimentan los receptores de cuidado. Si se ignoran estos resultados, la implementación de una atención culturalmente competente puede carecer de la evidencia necesaria para su efectividad.

La literatura existente sobre la percepción de los receptores de cuidado culturalmente competente es limitada, pero indica que los profesionales de enfermería valoran la comunicación efectiva y muestran actitudes y comportamientos positivos que fomentan prácticas organizativas y la participación de la familia. Estos aspectos son vitales para tener en cuenta la cultura del receptor, lo que resalta la importancia de una atención integral que no solo se enfoque en el aspecto técnico del cuidado, sino también en la relación interpersonal y la empatía que se establece entre el profesional de enfermería y el paciente (Quishpe & Barrera, 2023).

Para la Ley del Trabajo de la Enfermera en el Perú el fortalecimiento del primer nivel de atención en la APS es la preferencia del Sistema de Salud. El personal de salud es esencial para este Sistema, donde el enfermero juega un papel protagónico al articular con las acciones de promoción, recuperación y rehabilitación; logrando así una mayor calidad de vida a la comunidad. Cabe señalar que en el Perú el Gobierno respalda los puestos de salud a través de redes de servicios de salud, siendo ésta la principal oferta de entrada al Sistema de Salud (Minsa, 2012).

Es fundamental que el personal de enfermería en el área comunitaria dirija sus acciones en integrar los cuidados desde una perspectiva multidimensional, favoreciendo la salud

de las comunidades. Esto requiere coordinarse estrechamente con el equipo de salud, y líderes comunitarios quienes desempeñan un rol importante en la prestación de una atención de calidad, aunque a menudo su liderazgo y apoyo social no se reconocen lo suficiente. Los líderes comunitarios representan actores sociales una fortaleza clave, por lo que es esencial mantener una relación cercana y colaborativa entre ellos y el Equipo de Atención Integral de Salud.

En el ámbito de la salud, la población necesita de cuidado, la cual se fundamenta en la profesión de enfermería. Esta disciplina cuenta con una amplia trayectoria en aspectos sociales, culturales y educativos, y se basa en la aplicación de procedimientos respaldados por conocimientos científicos. La esencia de la enfermería radica en el cuidado, que es el núcleo de su práctica profesional.

La región de las Américas enfrenta una escasez crítica de profesionales de la salud, especialmente de enfermería, lo que limita la capacidad de los sistemas sanitarios para atender adecuadamente las necesidades de la población. Este déficit compromete el logro de la cobertura universal de salud y las metas planteadas para 2030 por la Organización de las Naciones Unidas, en particular en América Latina y el Caribe, donde la densidad de personal resulta insuficiente. La Organización Panamericana de la Salud ha instado a los gobiernos a incrementar la inversión en educación, formación, retención y distribución equitativa del personal de enfermería, así como a fortalecer su rol en la atención primaria.

La pandemia de COVID-19 evidenció tanto la relevancia estratégica de este recurso humano como las persistentes debilidades estructurales, incluyendo malas condiciones laborales y mala distribución. En consecuencia, consolidar una fuerza laboral capacitada y resiliente es esencial para responder a futuras emergencias y garantizar la salud para toda la población (OPS, 2023).

En este contexto, la enfermería en Ecuador experimenta un notable avance en su formación, especialmente en los ámbitos sociopolítico, jurídico y ambiental. La Asociación Ecuatoriana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ASEDEFE, 2024) constituyen una fortaleza a los procesos de formación y evaluación del talento humano en enfermería. Esta organización se asegura de que el personal de enfermería esté capacitado para llevar a cabo múltiples actividades que benefician la salud de la comunidad. Sin embargo, la profesión enfrenta desafíos significativos, incluyendo una carga laboral excesiva que puede ser resultado de la necesidad de múltiples empleos. Este fenómeno puede llevar al cansancio físico, mental y emocional, resultando en un agotamiento persistente que afecta el desempeño profesional de estos profesionales.

Del mismo modo, es fundamental que la educación en enfermería en Ecuador no solo se enfoque en la atención clínica, sino que también abarque aspectos administrativos y de gestión. Esto incluye la formulación e implementación de políticas de salud que respondan a las necesidades de la población. La Ley de Ejercicio Profesional de Enfermeras en Ecuador establece que es deber del Estado garantizar la formación de estos profesionales, asegurando así una atención de calidad (Ley 67, 2022).

De este modo en el Ecuador la enfermería sigue trabajando en el proceso de transformación que busca no solo mejorar la formación académica de sus profesionales, sino también integra aspectos sociales y ambientales en su práctica; tiene un enfoque holístico vital motivado a enfrentar los desafíos contemporáneos en el sector salud garantizando un servicio de calidad a la población.

De la misma forma, el Sistema Nacional de Salud en el Ecuador, se ha caracterizado por su fragmentación, centralización y falta de coordinación en la provisión de servicios. Predomina

un enfoque biológico y curativo que se centra en la enfermedad y en la atención hospitalaria, lo que limita la implementación de programas de salud pública más integrales. Las políticas neoliberales previas a este proceso acentuaron estas deficiencias, desmantelando la infraestructura pública de salud y debilitando la capacidad de la Autoridad Sanitaria para ejercer control y regulación. Como resultado, se ha profundizado la inequidad en el acceso a servicios de salud, especialmente entre las poblaciones en situación de pobreza y extrema pobreza.

No obstante, existen barreras significativas relacionadas con factores geográficos, culturales y económicos; de hecho, el gasto directo que las familias ecuatorianas destinan a salud representa casi el 50% de sus ingresos. A pesar del consenso sobre la necesidad de organizar los servicios de salud por niveles de atención, los primeros y segundos niveles donde se podrían resolver más del 90% de los problemas de salud han sido debilitados por presupuestos insuficientes, el abandono de los centros de salud y la inestabilidad laboral del personal. Esto ha resultado en una capacidad resolutoria limitada y ha generado una pérdida de confianza por parte de la población hacia el Sistema Nacional de Salud (MAIS, 2012).

Sin embargo, los diferentes comportamientos de los cuidadores demuestran que el cuidado de las personas es complejo y multifacético, no sólo a través del uso de la tecnología. Este hecho se refleja tanto en el cuidado directo como en el indirecto, lo que demuestra la importancia de aceptar el sistema de cuidado humano, independientemente de sus posibles limitaciones. A través de la participación comunitaria y corporativa, se evalúa el trabajo de los profesionales de enfermería, se establecen diferentes conexiones y se promueve a las personas como modelos de atención. Esto no solo mejora la experiencia del paciente, sino que también permite una atención integrada que se centra en las necesidades de las personas, respaldando estas estrategias basadas en la investigación. (García-Urbe, 2024).

La República del Ecuador ha orientado su política social hacia la revalorización del rol del Estado como garante de derechos, sustentada en los principios de solidaridad, universalidad y gratuidad en la provisión de servicios públicos esenciales. Este enfoque tiene como propósito asegurar el ejercicio efectivo de derechos fundamentales que fortalezcan la ciudadanía, tales como la educación, la salud, el bienestar y la cohesión social. Asimismo, promueve la construcción de entornos sostenibles que favorezcan el Buen Vivir, mediante el acceso a vivienda digna, agua potable, saneamiento básico y espacios seguros y saludables, contribuyendo así a una mayor equidad y justicia social (Ecuador, 2008).

Los Centros de Salud (Tipo C) actualmente de mayor complejidad tanto en infraestructura, equipamiento y requerimiento de recurso humano, esto en la urbe de las ciudades, no obstante persiste la brecha de participación entre la colectividad y el personal de salud en los niveles de atención de mayor complejidad como los Centros de Salud Tipo A y Tipo B, generando descontento en quien con evidente percepción de una presencia fugaz y saturada de actividades administrativas del personal que se espera una atención directa (Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP], 2020).

Cabe indicar que en el Ecuador se emplea como referencia del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, el mismo señala un incremento de enfermeras y enfermeros relacionado con las plazas de trabajo en actividades de vigilancia sanitaria, la tasa de enfermeros por 10.000 habitantes corresponde a 15,4 y laboran en los establecimientos de salud 27.017 Enfermeros. En la provincia de Esmeraldas 275 de acuerdo con los datos obtenidos, con una población País de 16.938.431 habitantes (INEC, 2022).

La limitada organización de algunos asentamientos humanos restringe el desarrollo integral de servicios basados en los principios de universalidad y solidaridad, lo que dificulta la

promoción de actividades y cadenas productivas capaces de responder adecuadamente a los cambios ambientales. La presencia de empresas de la industria petrolera, como la Refinería Estatal Petro-Ecuador, Termo Esmeraldas, Contrachapados CODESA, entre otras que emiten gases tóxicos de forma continua, provoca una contaminación ambiental persistente. Esta situación genera numerosos desafíos para la población, y en el ámbito de la salud, el personal, debe enfrentar diversas situaciones, brindando atención a las comunidades en riesgo o afectadas por enfermedades (Estupiñán, 2013).

A finales de 2019, el Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del Cantón Esmeraldas (GADMCE) estableció formalmente el Sistema de Participación Ciudadana, en estricto cumplimiento del Artículo 304 del COOTAD (Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización). Cuya estrategia tuvo como objetivo primordial garantizar la inclusividad en los procesos de toma de decisiones y la formulación de la gestión pública, integrando de manera explícita a las parroquias rurales y a otros sectores de la sociedad civil organizada. No obstante, para dar respuestas a desafíos estructurales y a emergencias sanitarias, se ha identificado una vulnerabilidad institucional significativa en las Juntas Parroquiales. Por otra parte, la conformación de las Mesas Técnicas de trabajo permitió dar asistencia humanitaria mediante el Comité Cantonal de Operaciones de Emergencia (COE), se priorizó la imperiosa necesidad de identificar a las personas y grupos familiares en situación de mayor vulnerabilidad para dirigir de manera efectiva la distribución de productos de primera necesidad. Esta compleja labor, que abarcó desde el levantamiento de información socioeconómica hasta el acopio, distribución y entrega de la ayuda, recayó principalmente sobre el personal de la municipalidad (Sosa, 2021).

En la ciudad de Esmeraldas existen diversos sectores que habitan en la insalubridad siendo este el producto del limitado y deficiente servicios básicos que dispone. En tal razón las enfermedades vectoriales, prevalentes de la infancia están de manera constante en la población por tal motivo no logra cubrir las necesidades que requiere la población; es por ello por lo que la pobreza está ligada a la desigualdad de los pueblos dando paso a una exclusión social, cultural, política y económica especialmente hacia los pueblos ancestrales, no logrando satisfacer sus necesidades básicas a los habitantes del cantón requiriéndose un compromiso social y colectivo. La interacción se ve afectada debido a varios factores la presencia de delincuencia, vías de difícil accesibilidad terrestre, fluvial sumado a la limitada participación comunitaria.

Los servicios de salud con relación al acceso, una gran mayoría de los estudios indicaron que ocurrió programando algunos grupos de programas hipertensos, diabéticos, embarazadas, entre otros grupos de riesgo. En cuanto a la demanda espontánea, las tarjetas se distribuyeron diariamente. Se notó que los equipos tienen dificultades para resolver los problemas de servicio, observados por las filas para consultas, disputa sobre la distribución de un número reducido de archivos o diario médico abarrotado. La insatisfacción con la espera en las filas estaba relacionada a una situación inhumana. En este sentido, las encuestas describen dificultades de accesibilidad obstáculo señalado por la investigación, en la dirección de un cuidado humanizado, se refiere a la ausencia de un sistema de referencia y contra referencia efectivo como los demás niveles de asistencia, principalmente con respecto a los exámenes y / o consultas especializadas.

El presente estudio surge de las experiencias como enfermera, aproximadamente hace dos décadas atrás, vivenciando junto a la comunidad el desarrollo incipiente que los habitantes del Cantón Esmeraldas han logrado, concomitante al desarrollo local, donde pude observar “in situ” las carencias de las necesidades básicas como agua potable, recolección y tratamiento de basura,

aceras y bordillos, bien como de caminos vecinales y carreteras; carencias que durante el tiempo transcurrido en lugar de ser una conquista colectiva, persiste en el descuido social, ambiental, territorial, cultural y de salud, entre otros. Puede percibirse que existe desatención por parte de las autoridades encargadas de hacer gestión y velar por el desarrollo de la población que se le ha encargado.

El nuevo modelo de régimen de desarrollo inclusivo, equitativo y solidario sostenible a largo plazo manteniendo el nexo entre la naturaleza y el ser humano mediante una relación armónica. Satisfacer las necesidades de las personas y lograr una vida plena y una muerte digna. La sociedad requiere que efectivamente se garanticen los derechos de las poblaciones. Y así surgen algunas interrogantes: ¿Qué aspectos importantes del cuidado comunitario se rescata en el trabajo de enfermería?, ¿Cómo se implementaría la alianza humanizadora entre enfermeros y actores sociales en beneficio de la comunidad?

Con el fin de obtener las respuestas a interrogantes que facilitaron la construcción del conocimiento buscado, que dio paso a la formulación el objeto de estudio:

Objeto de Estudio:

Oportunidad de alianza humanizadora en el cuidado enfermero comunitario desde la percepción de los actores sociales en el cantón Esmeraldas.

Preguntas Norteadoras

¿Cuáles son las experiencias de cuidado comunitario de las enfermeras?

¿Qué aspectos importantes del cuidado comunitario se rescata de las experiencias descritas?

¿Cómo perciben los actores sociales el cuidado enfermero comunitario humanizado?

¿Qué oportunidades visualiza para una alianza humanizadora con los actores sociales con el cuidado enfermero comunitario?

¿Cómo se implementaría la alianza humanizadora entre enfermeros y actores sociales para favorecer el bienestar de la comunidad?

Objetivos

Analizar las experiencias de los enfermeros en el ámbito del cuidado comunitario

Analizar la percepción de los actores sociales del cuidado enfermero comunitario.

Develar las oportunidades de alianza humanizadora en el cuidado enfermero comunitario realizado por las enfermeras con la percepción del cuidado humano de los actores sociales.

Diseñar una propuesta de alianza humanizadora con actores sociales y el cuidado enfermero comunitario.

Justificación

Esta investigación es relevante para visibilizar en la práctica el cuidado enfermero comunitario, reconocer su valor, trascendencia, y proponer oportunidades de alianza humanizadora que permitan mejorar la salud y el bienestar de la población del cantón Esmeraldas.

En el área de la docencia servirá como insumo para la enseñanza aprendizaje del cuidado de enfermería en el ámbito comunitario humanizado. Por otro lado, contribuirá en la elaboración de los planes de estudios que permitan al profesional tener un perfil con énfasis en el cuidado humanizado enfermero en la comunidad proporcionando de esta forma autonomía y liderazgo en la profesión.

Las enfermeras comunitarias integran cuatro funciones esenciales educación, gestión, investigación y desarrollo para brindar atención efectiva. Esta integración no solo optimiza la calidad de la salud humana y el acceso, sino que fomenta comunidades prósperas.

En su rol educativo, promueven prácticas preventivas y empoderan decisiones saludables, reduciendo la morbilidad. Gestionan programas mediante planificación, coordinación y supervisión de recursos adaptados a necesidades locales. Investigativas que identifican problemas críticos, analizan datos comunitarios y diseñan estrategias basadas en evidencia. Finalmente, ofrecen cuidado directo a individuos y familias, abordando dolor crónico, atención médica y apoyo emocional (Acosta-Salazar, 2016).

El desarrollo de objetivos enfermeros, desde la teoría hasta la educación práctica, debe sustentarse en tecnologías y estrategias innovadoras para superar planes obsoletos y facilitar el acceso a herramientas que aborden los desafíos de la mejora integral del paciente. En este marco, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha impulsado un plan de trabajo orientado a expandir la educación continua, promoviendo la especialización de las enfermeras en práctica avanzada y estableciendo metas en el ámbito de la educación jurídica. Así, la enfermería tradicional demanda un enfoque holístico para la atención del paciente, con actividades interdependientes basadas en criterios comportamentales y restaurativos, alineados con su cosmovisión cultural (OPS, 2023).

Una alianza humanizadora fortalece la relación entre profesionales de salud y comunidad, asegurando intervenciones culturalmente pertinentes, accesibles y efectivas. El cuidado enfermero comunitario es distinto del hospitalario por su énfasis en promoción, prevención y manejo crónico, se priorizan relaciones respetuosas, dignas y empáticas, reconociendo la cultura

y contexto del paciente como sujeto activo. Actores clave (pacientes, familias, líderes) guían estrategias como educación adaptada, redes de apoyo y promoción de estilos saludables.

El presente estudio busca contribuir al conocimiento sobre la alianza humanizadora en el cuidado de enfermería desde la perspectiva de los actores sociales en la comunidad. Ante las limitaciones específicas en salud, se promueve la importancia de mantener una vida digna a través del autocuidado. La enfermería, en su ámbito laboral, enfrenta constantes retos para brindar atención integral a la comunidad, desempeñando un papel fundamental. Su labor en el primer nivel de atención permite implementar cuidados domiciliarios, apoyándose en aliados comunitarios. Este estudio es relevante porque se enfoca en la atención humanizada de enfermería hacia quienes, por la naturaleza de sus enfermedades, no pueden acudir diariamente a un centro de salud y requieren cuidados prolongados, lo que representa un desafío para el sistema de atención primaria. El modelo de cuidado comunitario en enfermería responde a la necesidad de comprender e integrar el cuidado de la salud de las personas, la familia y la comunidad, en relación con su entorno social

Esta investigación aporta a la población esmeraldeña, el Distrito de Salud Esmeraldas e instituciones públicas y privadas la viabilidad de alianzas entre actores sociales existentes. Esto fortalece compromisos por el bienestar, facilita intercambio de recursos y consensua propuestas que evidencian el cuidado humanizado enfermero. Su relevancia radica en superar limitaciones de accesibilidad, visibilizar nexos participativos y empoderar a aliados, líderes y autoridades para ampliar cobertura, acceso y corresponsabilidad en la salud comunitaria.

Capítulo II

Marco Teórico

Antecedentes

Antecedentes internacionales

El estudio realizado por López (2021) describe una experiencia de promoción de la salud y educación entre iguales en contextos urbanos de vulnerabilidad en Barcelona, España. En este contexto, se accede al programa Mihsalud, acrónimo de “Mujeres, Infancia y Hombres construyendo salud”, una iniciativa del Centro de Salud Pública de Valencia que tiene como objetivo promover la salud en poblaciones en situación de vulnerabilidad. Este programa capacita a personas con habilidades de liderazgo para que actúen como agentes multiplicadores de salud dentro de sus propias comunidades. Asimismo, coordina y articula los recursos comunitarios disponibles para lograr un desarrollo sostenible y equitativo de la salud local. La mediación cultural en salud, la capacitación de profesionales sanitarios en competencia cultural y la participación de las asociaciones, permite la formación de personas líderes del ámbito comunitario como agentes de salud de base comunitaria. y tuvo como Objetivos: Describir el proceso y conocer los resultados de diseñar e implementar una acción formativa dirigida a capacitar a personas pertenecientes a asociaciones, como agentes de salud de base comunitaria en contextos urbanos de vulnerabilidad. Describir el perfil de las asociaciones y de las y los agentes de salud participantes. Así como conocer la opinión de representantes de asociaciones respecto a las personas formadas como agentes de salud de base comunitaria para incorporar la salud en la agenda de las asociaciones. Material y Métodos: El ámbito de acción es el tejido asociativo de la ciudad de Valencia. Se ha realizado: un estudio participativo basado en la estrategia de educación entre iguales y el aprendizaje significativo, con una metodología de formación

vinculada a la acción; un estudio analítico cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas individuales a representantes de las asociaciones; y un estudio de evaluación con metodología cuantitativa de las memorias y registros de los cursos de formación-acción realizados desde 2009 a 2018. Resultados: A partir del contacto con el tejido asociativo, el programa Mihsalud diseñó la formación-acción de agentes de salud, fomentando la participación de las personas en situación de vulnerabilidad. Los resultados cualitativos y cuantitativos muestran el perfil de las personas formadas y el de las asociaciones participantes; la opinión de representantes de asociaciones respecto a la figura de la persona formada como agente de salud de base comunitaria y cómo las asociaciones van incorporando la salud en sus agendas. Conclusiones: La participación de las asociaciones en la formación-acción de agentes de salud de base comunitaria, permite que incorporen la salud en sus agendas y fomenta la participación de las personas con perfil de liderazgo. La educación entre iguales en salud facilita el encuentro y convivencia intercultural con perspectiva de género; son las mujeres las que han participado mayoritariamente en este proceso de formación-acción, liderando la promoción de la salud en su comunidad.

En esta investigación realizada en Asturias – España, Moliner et al (20.22) Percepción de los profesionales de la salud sobre la enfermera especialista en familia y comunidad, este estudio tuvo como objetivo: conocer la percepción de los profesionales sanitarios sobre la enfermera especialista familiar y comunitaria (EFyC). Método: investigación cualitativa con metodología fenomenológica. La técnica de recogida de datos fue la entrevista individual semi estructurada. La muestra fue intencionada y razonada según la representatividad de la variabilidad de los discursos. Se realizó un análisis temático descriptivo-interpretativo de los datos realizando una categorización mixta y validado mediante la triangulación de investigadores. Resultados: Se

entrevistó a un total de 10 profesionales sanitarios. Desde el Decreto de 1984 de Estructuras básicas de salud, la Atención Primaria y más en concreto, la enfermería, han experimentado un gran cambio, destacando una mayor visibilización y autonomía de la profesión. Posteriormente, con la creación e implantación de la EFyC, se objetivó una mayor formación y aumento de las competencias. También pudo observarse la existencia de barreras en la organización del sistema sanitario que impiden que la EFyC pueda desarrollar todas las funciones para las que está capacitada. Finalmente, como propuestas de mejora se incluye la elección libre de enfermera o la creación de la categoría de EFyC. Conclusiones: se considera prioritario implementar políticas sanitarias que establezcan nuevos modelos de gestión que garanticen la excelencia en los cuidados a través de la incorporación de especialistas que logren adaptarse a las nuevas necesidades de la sociedad.

Este estudio realizado en Cuba, Dandicourt Thomas, (2021) tuvo como objetivo identificar la visibilidad de los actores sociales sobre los cuidados que brinda el especialista de enfermería comunitaria a la persona, familia y comunidad. El método aplicado de esta investigación fue de corte cualitativo-descriptivo, en el consultorio del médico y enfermera de la familia No. 23, del Policlínico Plaza de la Revolución, La Habana, durante 2019. Universo de 1080 personas, por muestreo no paramétrico (criterio de saturación o redundancia) se seleccionaron 43 personas. Se emplearon análisis documental y la entrevista grupal semiestructurada a actores sociales de la comunidad. Las indagaciones obtenidas se procesaron a través del análisis de contenido de los datos. De los resultados, a través de lo expresado, los actores sociales reconocen las acciones que realiza este profesional con relación al cuidado de su salud y la de sus familiares. Entre los criterios emitidos sobre los cuidados percibidos adquirieron relevancia: “toma de la tensión arterial y “visita a la casa”. Como conclusión, se

evidenciaron cuidados que les permitía poner en práctica todo lo aprendido y utilizar el conocimiento y las técnicas propias de la profesión para el cuidado a la salud, lo que le otorga un actuar profesional responsable y comprometedor con un enfoque humanista.

García et al. (2018) en la investigación titulada El cuidado en la Atención Primaria de Salud, vivencia de las enfermeras; cuyo Objetivo fue comprender el significado de realizar cuidados de enfermería en la Atención Primaria de Salud desde la perspectiva de las enfermeras chilenas. El Método aplicado en esta investigación fue cualitativa con enfoque aproximado a la fenomenología social de Alfred Schütz. La recolección de datos fue realizada entre enero y abril del 2013, a través de entrevista con 13 enfermeras de Atención Primaria en Chile. Y se obtuvo como resultados que, las enfermeras perciben el cuidado como una experiencia gratificante considerando un encuentro de subjetividades. Sin embargo, se sienten sobrecargadas por múltiples funciones a realizar y por presiones jerárquicas en el logro de las metas. Aspiran implementar cuidados innovadores manifestados por el deseo de superar el cuidado tradicional y la eficiencia de la gestión de los diversos niveles de atención de la salud. Como conclusión se identifica que es importante discutir estos resultados en el contexto de la asistencia y especialmente en la formación, con el fin de preparar mejor a las enfermeras que brindarán cuidados en este nivel de atención.

Un estudio realizado por Cadena (2023) titulado El rol de la enfermera comunitaria en la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, frente al Covid-19 en los dispensarios del seguro social campesino de la provincia de Imbabura Ecuador, período 2021 el cual tiene como objetivo, Describir el cumplimiento de los roles de enfermería en las estrategias establecidas de promoción, prevención, rehabilitación y recuperación frente al Covid-19 en los dispensarios del Seguro Social Campesino de la provincia de Imbabura Período 2021. Metodología: La

investigación es cuantitativa, descriptiva, la población total 29 enfermeras como tamaño del universo; siendo una muestra probabilística seleccionada al azar de toda la población, la técnica que se utilizó fue la encuesta mediante el instrumento del cuestionario, el mismo que fue aplicado a las enfermeras de los dispensarios del Seguro Social Campesino. Resultados: Las funciones propias del personal de enfermería en la APS Atención Primaria en Salud están dirigidas a la consecución de la promoción de la salud, la prevención, la recuperación y la rehabilitación de las enfermedades, de forma tal que los servicios alcanzan al individuo, la familia y la comunidad, para satisfacer así las demandas de salud a lo largo del ciclo vital. Conclusión: La atención primaria en salud las intervenciones en función a los roles de enfermería se consideran primero a la función asistencial durante la Pandemia de la Covid-19 ya que la atención integral y humanista en el proceso de la enfermedad se observó la labor desempeñada por los actores sanitarios de cada uno de los dispensarios, mientras que las intervenciones de la función docente y administrativas son casi similares en porcentajes cumpliendo de una manera estas funciones están relacionadas con la prevención y promoción de salud durante la Pandemia.

Valverde (2023) realizó un estudio titulado, Participación comunitaria en el cuidado de la salud, Comunidad de San José de la Playa, Parroquia El Valle, Cuenca Ecuador, octubre 2022-marzo 2023; la participación comunitaria adquiere dominio conceptual a partir de la Declaración de Alma Ata y la Carta de Ottawa, como estrategia esencial para lograr el acceso universal a los servicios, al bienestar comunitario y así mejorar el bienestar de las poblaciones; como un componente esencial en la organización de la atención en salud. Sin embargo, su aplicación en Ecuador no ha sido del todo fácil y ha tenido diversos desarrollos en especial en el cuidado de la salud. Objetivo: Describir las características de la participación comunitaria en el cuidado de la salud de la comunidad de San José de la Playa. Métodos: Se realizó una investigación cualitativa,

etnográfica con enfoque interpretativo, con entrevistas semi estructuradas a profundidad y grupos focales de dos tipos: líderes comunitarios y personal de enfermería; se utilizó muestra no aleatoria por conveniencia hasta que se logró saturar la información; estos datos fueron transcritos y analizados mediante el programa Atlas ti; para la triangulación se aplicó la hermenéutica. Resultado: al ser el primer estudio de campo los resultados fundamentan y comprueban las investigaciones bibliográficas sobre el tema, evidenciados y planteados en el marco referencial, destacándose que los líderes conocen la importancia, las características y los fines de la organización comunitaria para el desarrollo local y el cuidado de la salud, lo que constata con las percepciones, conocimientos y prácticas del profesional de enfermería. Conclusiones: La participación comunitaria es fundamental para el desarrollo y la mejora de las comunidades, cuando los miembros de una comunidad se involucran y trabajan juntos; pueden identificar y abordar los problemas y necesidades locales de manera efectiva. Además, aumenta el sentido de pertenencia y la cohesión social en una comunidad, lo que produce un impacto positivo en el cuidado de la salud.

Antecedentes Nacionales

Aguilar (2020) en su estudio El cuidado de familias rurales desde la perspectiva de la enfermera comunitaria realizado en Perú, investigación que permite describir y analizar las estrategias del cuidado en las familias que habitan en zonas rurales, esta se fundamenta en una perspectiva de enfermería comunitaria. La base teórica de este estudio se sustenta en las ideas filosóficas sobre el cuidado propuestas por Boff y Waldow. Se empleó un enfoque cualitativo, utilizando un método descriptivo para explorar el tema. La muestra estuvo compuesta por once enfermeras que trabajan en una Organización No Gubernamental de Desarrollo (ONGD) en La Libertad, seleccionadas hasta alcanzar la saturación de información. Para obtener los datos, se

aplicaron entrevistas en profundidad. Posteriormente, la información recolectada fue organizada, clasificada y categorizada siguiendo los lineamientos de Minayo. El análisis se realizó mediante la técnica del análisis del discurso, tal como lo plantea Orlandi. Durante todo el proceso se respetaron los principios éticos y los estándares de rigor científico. A partir del análisis, surgieron tres categorías principales relacionadas con el cuidado: la gestión del cuidado cultural de salud en la familia rural, la relación de cuidado entre la enfermera y la familia rural, y la construcción de ciudadanía social con dicha familia. Esta investigación permitió describir detalladamente cada dimensión del cuidado desde la perspectiva de las enfermeras comunitarias, quienes, junto a las familias rurales, establecen una relación de cuidado que trasciende la atención médica tradicional, adoptando una visión integral, humanista y transformadora de su trabajo.

Por otra parte, Santos et al. (2019) en Lima – Perú realizó un estudio teniendo como objetivo comprender los diferentes estilos de aprendizaje acerca del interno de enfermería relacionado a la prevención y promoción a durante la práctica comunitaria. Se aplicó el método de análisis descriptivo-interpretativo, con abordaje cualitativo, obteniendo información de 19 internos de enfermería en una universidad pública en la ciudad de Lima, usando 3 conjuntos focales. Para lograr los resultados se estructuraron 3 categorías: considerando el valor del profesor de Enfermería en su formación; viviendo la dificultad educativa de la prevención y promoción de salud en la comunidad; y considerando la zona preventivo-promocional como futura práctica profesional. Se concluye exteriorizando las acciones de los alumnos que percibieron la dificultad de la práctica comunitaria en su ejecución. Exteriorizaron su sentir de la interrelación entre profesores y alumnos deben conocer el entorno donde desarrollan sus

prácticas y que los profesores ejerzan liderazgo en la sociedad. Igualmente, se evidenció la tendencia de varias estudiantes por esta actividad profesional dentro de la salud.

El estudio realizado por Mundaca (2023) en Perú se enfocó en describir cómo perciben el cuidado de enfermería los enfermeros, los pacientes y sus familiares en el servicio de cirugía y sala de operaciones del Hospital José Soto Cadenillas, en Chota. La investigación adoptó un enfoque cualitativo y un método descriptivo, con una muestra compuesta por siete profesionales de enfermería, once familiares y diez pacientes, seleccionados hasta alcanzar la saturación de información. Los datos se recopilaban mediante entrevistas abiertas y se analizaron utilizando la técnica del análisis del discurso según Orlandi. De este análisis surgieron tres categorías principales: las bases técnicas y humanas del cuidado de enfermería; la relación entre la familia y el cuidado de enfermería; y la percepción del cuidado desde el punto de vista del paciente. En cuanto a las bases técnicas y humanas, los profesionales entienden el cuidado como un abordaje integral que considera por igual los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del paciente durante su recuperación. Por otro lado, la familia reconoce al personal de enfermería principalmente por el color del uniforme y las funciones que desempeñan. Finalmente, la percepción del paciente sobre el cuidado está vinculada a la comunicación verbal y no verbal, que suele ser limitada, y también identifican a los enfermeros por su uniforme y sus actividades diarias.

De acuerdo con Díaz (2021) en su estudio Sistematización de experiencias sobre desarrollo rural sostenible: un aporte para la enfermería comunitaria el mismo que tuvo como objetivo Sistematizar las experiencias sobre desarrollo rural sostenible en los caseríos del distrito de Íllimo y de Jayanca. Perú, y discutir su aporte para la enfermería comunitaria. Método: El estudio cualitativo utilizó como método la sistematización de experiencias, los datos se

recolectaron entre agosto y noviembre 2020 a través de la narrativa, y entrevista semiestructurada a 09 beneficiarios y 07 miembros del equipo que ejecutó los proyectos de desarrollo del 2000 al 2014. Se procesaron los datos con el análisis de contenido temático y se aplicaron los criterios éticos y de rigor científico. Resultados: a) Programa vivienda rural saludable en zonas del bosque seco, b) Trabajo comunitario en manejo forestal del bosque seco para el desarrollo rural sostenible y mitigación del cambio climático, c) Actividades productivas sostenibles en el manejo del bosque seco, d) Participación de la enfermera en la sostenibilidad de los proyectos de desarrollo rural en el bosque seco. Conclusión: Los proyectos de desarrollo rural sostenible ayudaron a detener la desertificación y extrema pobreza. En este contexto se involucró la enfermera generando una experiencia que integra la salud, el ambiente y las actividades productivas que hasta la actualidad perduran; destacando el papel de la metodología participativa, el trabajo interdisciplinario y promotores. Proponiéndose el esquema conceptual de enfermería ambiental comunitaria con visión para el desarrollo rural sostenible- EACO.

Bases teóricas

Referente Contextual

Es de importancia se identifique el entorno en el que se ha ido desarrollando el objeto de estudio que es la alianza humanizadora en el cuidado del enfermero comunitario desde la percepción de los actores sociales en el cantón Esmeraldas, en tal virtud se presenta el referente contextual que se indica a continuación.

La Conferencia Internacional **Alma-Ata**, sobre Atención Primaria de Salud celebrada en 1978, fue un hito fundamental que definió la salud como un derecho humano y estableció la Atención Primaria de Salud (APS) como estrategia clave para lograr "Salud para Todos en el Año 2000", enfatizando la equidad, la participación comunitaria y la acción multisectorial.

Énfasis en la prevención sin excluir los cuidados curativos, así como los actuales de la APS Renovada, tales como: responder a las necesidades de salud de la población implica un enfoque orientado a la calidad, la intersectorialidad, la rendición de cuentas, la sostenibilidad y la participación. Estos aspectos son relevantes en la actualidad, y la profesión de enfermería se encuentra en una posición privilegiada para implementarlos. Esto se logra a través del trabajo interdisciplinario e intersectorial, explorando nuevas y mejores estrategias para promover la salud, prevenir enfermedades y evitar discapacidades (Declaración de Alma Ata, 1978).

En Ecuador el Sistema Nacional de Salud se enfoca en los principios de universalidad, participación social, equidad, solidaridad así lo estipula la Constitución del 2008 y se lo ha estructurado bajo la Red Pública Integral de Salud (RPIS) de igual manera lo conforma la Red Privada Complementaria (RPC) y debe cumplirse de manera integral a la ciudadanía. Esta coordina la prestación de atención de las instituciones públicas de salud clave en Ecuador, tales como el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL) y los Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD) (Cañarte, et al., 2025).

Desde su creación, el Ministerio de Salud ha estado trabajando para satisfacer las diversas necesidades de salud de la población. Mientras tanto, es importante desarrollar nuevas tecnologías y mejorar los métodos de trabajo para resolver nuevos problemas de salud, como el manejo de enfermedades no transmisibles, el aumento de enfermedades resistentes a las vacunas, la mortalidad materna y otros eventos patológicos. La implementación de la Política Local de Salud tiene como objetivo garantizar el acceso a los servicios de salud a quienes no tienen acceso a esta instalación. Se trabaja la mejora de los métodos que sean efectivos y eficientes, enfocados

a la comunidad, al barrio y especialmente a la familia, que es el propósito principal de esos espacios. Se mantiene para garantizar que el primer contacto de la persona con el Sistema Nacional de Salud sea en el primer nivel de atención, mejorando así la eficiencia y sostenibilidad del sistema. A través de este proceso, se anima a los miembros de la comunidad a participar no sólo en lo que afecta su salud y la de sus familias, sino también a participar en el cambio (MSP, 2022).

Las organizaciones sociales y por ende las personas deben controlar los determinantes sanitarios mecanismo orientado en el modelo de atención integral de salud familiar (MAIS-FCI). El funcionamiento de la red de los servicios sanitarios tiene como contraparte la veeduría de las organizaciones locales representativas y que trabajen en el modelo de atención de manera conjunta con el equipo de salud (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012).

El ente principal de la atención comunitaria se constituye como un actor clave al reconocer y actuar sobre los procesos de salud–enfermedad que afectan a sus miembros, mediante el análisis y fortalecimiento del cuidado en el marco del programa familiar con enfoque comunitario. Desde esta perspectiva, se valora la apertura y el rol del profesional de enfermería en la comunidad, particularmente en la atención integral de la persona enferma y en la influencia positiva que ejerce sobre el mejoramiento del estado de salud de la población. Estas oportunidades de intervención son aprovechadas en beneficio del paciente, la familia y la comunidad, promoviendo un abordaje integral, participativo y orientado al bienestar colectivo (Dandicourt, 2018).

El Ministerio de Salud Pública (2017) en el Plan Nacional de Desarrollo “Toda una Vida” 2017–2021 presenta un modelo de planificación exclusivo del Ecuador, adoptado como instrumento rector de las políticas públicas durante ese período. Las políticas, programas y

servicios están organizados para acompañar a las personas desde la gestación hasta la vejez, garantizando derechos en cada etapa de desarrollo. Este plan se diferencia de otros modelos latinoamericanos por su énfasis en la integralidad, la equidad, la inclusión social y el enfoque de derechos, priorizando a los grupos históricamente excluidos.

El modelo “Toda una Vida” articula cinco objetivos nacionales: garantizar una vida digna con igualdad de oportunidades, alcanzar una economía al servicio de la sociedad, consolidar una sociedad justa y solidaria, fortalecer la democracia y la institucionalidad, y promover un desarrollo sostenible y territorialmente equilibrado. Además, incorpora transversalmente la interculturalidad, la igualdad de género, la sostenibilidad ambiental y la participación ciudadana.

Es imperativo que los profesionales de enfermería durante su formación pregrado reconozcan la importancia de la Atención Primaria de Salud (APS) en la estructuración de los sistemas sanitarios y desarrollen competencias esenciales para su praxis.

Entre estas competencias fundamentales destacan: el cuidado integral y longitudinal centrado en la persona; la detección y manejo preciso de los problemas clínicos prevalentes; la priorización de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; el abordaje interdisciplinario e intersectorial orientado a los determinantes socioeconómicos del proceso salud-enfermedad; la adopción de una perspectiva biopsicosocial en su comprensión y manejo; y la implementación de intervenciones alineadas con las necesidades sanitarias y demandas comunitarias (Bonal et al., 2009).

En este contexto, el aporte a la enfermería adquiere plena validez desde un enfoque integral y estratégico, al posicionar la salud como derecho fundamental y eje vertebrador del desarrollo equitativo nacional. Este planteamiento político enmarca la disciplina dentro de políticas públicas robustas, orientadas a garantizar el bienestar integral de la población a lo largo

de todo su ciclo vital. Reconoce así la imperiosa necesidad de atender a las personas en sus diversas etapas etarias y contextos socioambientales, fomentando intervenciones preventivas, curativas y rehabilitadoras equitativas.

De este modo, se consolida un modelo sanitario inclusivo que trasciende lo asistencial para incidir en la justicia social y el progreso sostenible del país. Para la enfermería, este marco implica una responsabilidad ampliada y una oportunidad estratégica para impulsar la promoción, prevención y cuidado de la salud, superando la atención clínica convencional hacia una equidad territorial y sustentabilidad ambiental; alineado con la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), el Plan Toda una Vida fortalece su rol en sistemas sanitarios inclusivos, integrales y perdurables.

Al trascender la lógica sectorial tradicional y priorizar necesidades nacionales, fomenta una visión interdisciplinaria y colaborativa, permitiendo a la enfermería intervenir activamente en la formulación, ejecución y evaluación de políticas y programas de salud. De este modo, el cuidado se contextualiza con mayor pertinencia y eficacia, abordando no solo patologías, sino los determinantes sociales comunitarios, consolidando así la disciplina como pilar del desarrollo humano sostenible mediante dimensiones biopsicosociales y ambientales en la atención integral (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo del Ecuador [SENPLADES], 2017).

Este enfoque coloca a la persona en el centro del desarrollo, reconociendo que el bienestar no depende únicamente del crecimiento económico, sino de condiciones estructurales que permitan ejercer plenamente los derechos humanos a lo largo de toda la vida. Por tanto, el modelo “Toda una Vida” constituye una referencia única dentro de los planes de desarrollo de América Latina, con una visión profundamente humanista y transformadora.

Para los profesionales de enfermería, esto significa un mayor respaldo institucional y la posibilidad de participar en un sistema más coordinado e intersectorial, donde la prevención y la atención integral sean prioritarias. Al intervenir en los determinantes sociales de la salud, el plan amplía el campo de acción del personal de enfermería, permitiéndole abordar no solo aspectos clínicos, sino también factores sociales, económicos y culturales que influyen en el bienestar de las comunidades.

No obstante, la apuesta por un sistema más equitativo y eficiente promueve mejores condiciones laborales y oportunidades de formación para los enfermeros, lo que se traduce en una atención de mayor calidad y humanización. En este sentido, el Plan Decenal fortalece el rol del enfermero comunitario como un agente clave para la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la gestión de cuidados centrados en las personas y sus contextos.

El Plan Decenal de Salud de Ecuador (2022) establece un marco estratégico interinstitucional que articula a entidades públicas, privadas, académicas y comunitarias para garantizar un sistema de salud equitativo, eficiente y transparente, con énfasis en la prevención y el acceso integral. La salud se consolidó como prioridad de la agenda pública evidenciado por la exitosa campaña de vacunación contra la COVID-19 iniciada en mayo de 2021, el plan busca trascender la respuesta coyuntural a la pandemia y abordar los problemas estructurales del sector. El Plan Decenal de Salud 2022-2031 se concibe, así como una política de mediano y largo plazo, producto de un proceso inclusivo y participativo, orientada a fortalecer el desarrollo social y económico del país. (Ministerio de Salud Pública, 2022).

El Plan Nacional de Desarrollo (2021) sitúa la salud y el bienestar social como pilares del desarrollo, orientando la acción del Ministerio de Salud Pública hacia la recuperación de lo público mediante la reorganización asistencial y de infraestructura, con énfasis en la ampliación

de la cobertura y la articulación de la atención general y especializada en territorios urbano-marginales.

No obstante, persisten exclusiones estructurales que vulneran los derechos de poblaciones prioritarias, profundizan las brechas sociales y debilitan el tejido comunitario, agravadas por el cierre de servicios educativos y sanitarios y la precariedad de los servicios básicos. En este contexto, se intensifica el déficit sanitario, especialmente en zonas rurales y periféricas, reflejado en la alta prevalencia de enfermedades infecciosas, respiratorias y crónicas, como se evidencia en el cantón Esmeraldas.

Bases Conceptuales

Para el desarrollo de esta investigación, se han considerado conceptos fundamentales que sustentan el marco teórico y metodológico, permitiendo una comprensión integral del objeto de estudio:

Atención Primaria de Salud.

Es un sistema de salud integral e integral que brinda accesibilidad, equidad y capacidad de respuesta a las necesidades de la comunidad. Su misión es garantizar la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el tratamiento, la rehabilitación y el bienestar. La atención primaria de salud es fundamental para lograr la atención sanitaria universal, brindar atención coherente y coordinada a lo largo de toda la vida y empoderar a las personas para que participen en la toma de decisiones (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023).

La APS mejora el autocuidado y ayuda a las personas a superar sus limitaciones, compensar las deficiencias del autocuidado, brindar atención directa y guiar a los pacientes a través del proceso de salud y enfermedad. En relación con la atención primaria o la salud pública, la profesión de enfermería realiza muchas tareas de manera compleja. Esta labor incluye

gestión, investigación y formación, siendo la más importante el apoyo directo. En esta función, las enfermeras están comprometidas a brindar atención humanitaria a personas, familias y comunidades para mejorar la salud y aumentar la conciencia pública sobre la prevención y promoción de enfermedades (Espinoza et al., 2022).

Red Pública Integral de Salud: Zonas, Distritos y Circuitos.

Las zonas, distritos y circuitos funcionan como instancias desconcentradas que facilitan la administración y organización de los servicios públicos en algunos ministerios de la Función Ejecutiva. Estos niveles fueron establecidos respetando la división político-administrativa existente, lo que significa que representan una nueva forma de planificar el territorio, pero no implican la creación de nuevos niveles de gobierno. Por esta razón, las provincias, cantones y parroquias mantienen su autonomía y capacidad de gestión. El objetivo de estos niveles administrativos de planificación es lograr que la oferta de servicios públicos en el territorio sea la adecuada, apoyándose en un Estado que esté planificado, descentralizado, coordinado y equitativo, con el fin de ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios públicos para la población (MSP, 2012).

Alianza

Cooperación para el logro de compromisos sostenible, haciendo frente a crisis humanitarias producto de conflictos, desastres naturales, para intervención en poblaciones desatendidas situación que puede demandar recursos y ayuda financiera. Intercambiar ideas propiciando innovación, para fortalecer el crecimiento y desarrollo sostenible. Fomenta habilidades para mantener nexos de vinculación fomentando la colaboración. Ofrece presencia, interviene, colabora, aporta (Sosa, 2021).

Actores Sociales Comunitarios

Se considera a aquella persona, colectivo o entidad que interviene de manera activa y deliberada en las dinámicas sociales, culturales, políticas y sanitarias de un contexto territorial específico, ejerciendo influencia tanto en los procesos de toma de decisiones como en la configuración y transformación de la realidad colectiva. En el espacio comunitario, estos actores cumplen una función estratégica al contribuir a la detección de problemáticas prioritarias, a la gestión y articulación de recursos, y al diseño de acciones orientadas al bienestar común, desempeñándose además como nexos entre la población y las instancias institucionales.

Desde el enfoque de la salud pública, la participación de los actores sociales resulta clave para consolidar la implicación comunitaria, fomentar la corresponsabilidad social y asegurar la continuidad y sostenibilidad de las intervenciones, particularmente en los ámbitos de la atención primaria y la promoción de la salud (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2018).

La salud en la comunidad es el resultado de la interrelación entre diversos actores sociales, y constan de personal de salud y las personas que trabajan en distintas instituciones, quienes, bajo un compromiso compartido, fortalecen sus vínculos para establecer alianzas. Estas alianzas favorecen la participación de manera directa o indirecta en la prevención de enfermedades, la promoción de la salud, la atención integral y la mejora del bienestar colectivo.

Por ello, se reconocen como actores sociales de la salud, los cuales pueden o no pertenecer directamente a la comunidad, e incluyen a familiares, líderes comunitarios y miembros de comités barriales. Asimismo, forman parte de este grupo los promotores de salud, docentes de centros educativos, integrantes de los Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD), así como instituciones públicas y privadas, escuelas, universidades, organizaciones

sociales y organizaciones no gubernamentales (ONG), empresas y medios de comunicación, entre otros (Gusoff et al., 2023).

Los Consejos de Salud.

Sirven como espacios clave para coordinar, dialogar y consensuar decisiones en materia de salud, con la participación de representantes públicos, privados y comunitarios. Su objetivo principal es forjar un pacto social que asegure el compromiso proactivo, solidario y constante de todos los actores locales, atendiendo así las necesidades sanitarias de cada territorio. Por eso, el Consejo Nacional de Salud prioriza fortalecer desde las comunidades el Sistema Nacional de Salud, alcanzando metas que beneficien a la sociedad (Consejo Nacional de Salud [CONASA], 2023).

Cuidado

El cuidado sirve como crítica a nuestra civilización agonizante y también como principio inspirador de un nuevo paradigma de convivencia. Calidad que comprende valor agregado dentro de la atención, de celo y de desvelo. Representando una condición de ocupación, de preocupación, de responsabilidad y de involucrarse afectivamente con el otro. El hombre será siempre un ser de cuidado; donde su particularidad se encuentra en el cuidado. Todo lo que lo rodea proyecta tendrá la característica singular de requerir y dar cuidado (Boff, 2017, 2002).

Cuidado enfermería.

Se trata de un proceso asistencial diseñado para garantizar la calidad en la prestación de servicios, la seguridad del paciente y una atención humanizada. Este enfoque se orienta hacia el cumplimiento de indicadores de gestión que están alineados con principios y normas establecidos en los procesos institucionales, asegurando así el derecho fundamental a la salud. Además, se

incorpora el uso de tecnologías y se complementa con el trabajo del equipo de salud, todo ello ejecutado bajo estándares de calidad respaldados por evidencia científica (Ortega et al., 2021).

Cuidado humanizado.

La esencia de la enfermería es el cuidado, sus acciones están enfocadas a proteger, mejorar y preservar la humanidad de los sujetos de cuidado, su aplicación es profunda que engloba diferentes acciones que requieren de la aplicación de técnicas, es gestionar, planificar dar y recibir es el contexto de una atención, estar abiertos a la escucha, es comunicarse mediante el lenguaje no verbal en los mejores términos; es estar ahí con el otro, es acompañar, apoyar esto se brinda dentro del ejercicio profesional a los usuarios. El profesional debe prepararse, con fundamento científico en el forjar cuidado, desarrollar capacidad relacional, por la vulnerabilidad por la enfermedad que padecen, la actitud de la persona que brinda cuidado establecerá relaciones humanas acertadas, las necesidades de los pacientes deben resolverse de manera integral; es primordial el profesional de enfermería meditará sobre la práctica de cuidado que realiza (Vanegas, 2017).

Las actividades del personal de enfermería en la comunidad adoptan cambios significativos, pasa del cumplimiento de actividades técnicas al abordaje del cuidado humanizado. Desde la Organización de las Naciones Unidas (ONU), se ha planteado que las personas tendrán más de 60 años para el 2050; siendo una responsabilidad también del cuidado brindado por enfermería, desde el análisis vicisitudes políticos, económicos y sociales, se puede decir que la esperanza de vida ha aumentado y van acompañada de enfermedades y que tienden a ser dependientes para el abordaje paliativo. Proceso que está lleno de desafíos desde el Ministerio de Salud para el cuidado humanizado (Tejada et al., 2021).

Cuidado comunitario.

La situación de salud de individuos y comunidades está determinada por una compleja interacción de factores estructurales, sociales y económicos que operan de manera conjunta. Entre ellos, destacan las políticas públicas implementadas por el gobierno, así como las políticas macroeconómicas, sociales, y de educación sanitaria, que configuran el entorno donde se construye la salud colectiva. La clase social y la posición socioeconómica son determinantes estructurales fundamentales que influyen directamente en el acceso a los recursos sanitarios, generando desigualdades en salud. Estas desigualdades se evidencian cuando los grupos más privilegiados acceden con mayor facilidad a servicios y condiciones que favorecen su bienestar, mientras que los sectores más desfavorecidos enfrentan barreras significativas, vinculadas muchas veces a la discriminación estructural. La estructura social, por tanto, no solo condiciona el acceso a los recursos, sino también produce inequidades en los determinantes intermedios, tales como el nivel de ingreso, la calidad de la vivienda, el entorno residencial y las condiciones psicosociales. Estos factores, en conjunto, contribuyen a la perpetuación de las brechas en salud, especialmente en contextos donde no se garantiza un enfoque equitativo e inclusivo en las políticas sanitarias (Ministerio de Salud de Brasil, 2012), (MAIS, 2012).

La gestión social comunitaria del cuidado humano promueve el dominio de los modelos de trabajo social. Es importante pensar en las condiciones que construyen las relaciones de cuidado, porque esto es importante para comprender su impacto en la vida de las personas, especialmente de las mujeres y las niñas. Este enfoque es particularmente importante en el campo de la investigación sobre administración pública (Fraga, 2022).

La base del trabajo de enfermería son las relaciones humanas y sociales que configuran los objetos de cuidado, se construye alrededor de una gran cantidad de influencias externas e

internas basadas en el conocimiento científico y profesional de los especialistas y apoya el manejo de problemas específicos. Si el cuidado es parte de la vida, entonces es un acto de conversación y comunicación, que sólo puede realizarse con la participación de todos. Desde el momento del nacimiento, las personas ingresan a un sistema social que las ubica en un espacio de relaciones sociales o culturales. Aquí, los individuos desarrollan ideas, creencias, conocimientos y valores internos que son el resultado de diversas experiencias, información y pensamiento a través de culturas, educación e intercambios, es decir, una comunidad concreta de conocimiento compartido (Dandicourt, 2021).

Cuidado propio.

El cuidado de sí engloba tres dimensiones esenciales: una actitud orientada hacia uno mismo, los otros y el mundo; una forma específica de atención introspectiva que desplaza la mirada desde lo externo hacia lo interno, focalizándose en los procesos cognitivos; y un conjunto de prácticas autoaplicadas que purifican, transforman y transfiguran al sujeto. Esta preocupación por sí implica una actividad subjetiva recompensada intrínsecamente, donde el individuo se atiende a sí mismo mediante la hermenéutica de la subjetividad, constituyendo así su propia praxis de cuidado (Garces y Giraldo, 2013).

Interacción enfermero – comunidad.

Los valores y la voluntad están vinculados en las acciones de cuidado y responde a los 'procesos de salud – enfermedad se interacciona con el individuo, familia y comunidad e involucra mediante el conocimiento los procesos de cuidado de enfermería, tomando en cuenta las limitaciones en la relación de cuidado (Watson, 1975, 2009).

Interculturalidad en el cuidado.

Las acciones colectivas de la población en defensa de sus ideales y derechos impulsan el reconocimiento de los pueblos ancestrales, consolidando así al Ecuador como un Estado pluricultural y pluriétnico que ampara sus derechos, incluyendo prácticas de cuidado en la medicina ancestral integradas en las unidades de salud. En este marco, prevalece una coexistencia respetuosa y constructiva entre dos o más sistemas de salud, culturas, saberes, prácticas, conocimientos y cosmovisiones diversas, sustentada en relaciones equitativas con idénticas garantías, obligaciones, derechos y recursos (MSP, 2020).

Brechas de la alianza

Un enfoque multidimensional de la igualdad que exige analizar sus dimensiones económicas, sociales, políticas y culturales, considerando los ejes estructurales de las desigualdades que configuran las relaciones en las sociedades latinoamericanas, donde esta se manifiesta en la vulneración del principio universal de derechos. La intersección de desigualdades en estos ejes genera un entramado complejo de relaciones sociales, donde las discriminaciones múltiples se traducen en brechas de autonomía, bienestar y poder, así como en disparidades de trato, ejercicio de derechos, capacidades y oportunidades (Naciones Unidas, 2017).

Niveles de atención.

Atención complementaria, aquí las actividades se realizan según el nivel de graduación, los beneficios utilizados son importantes para el individuo de acuerdo con la especialización, enfermedades, prevención y servicios de salud; Se estimaron los medicamentos e insumos brindados a las unidades de los tres niveles de servicio. Al mismo tiempo, también se proporcionan notas informativas y formación práctica. Se refiere a servicios auxiliares o

servicios comunitarios que integran las operaciones de las unidades de salud en servicios de primer nivel. Este enfoque se centra en los servicios de salud para individuos, familias y comunidades, considerando al mismo tiempo el medio ambiente como un aspecto importante. Esto incluye estrategias y medidas de prevención y promoción de la salud, así como educación sanitaria. Además, se fortalece la participación comunitaria y se fomenta la coordinación entre diferentes sectores, permitiendo abordar los determinantes de la salud y avanzar hacia el desarrollo integral a nivel local (MSP, 2015).

Comités Locales de Salud CCLS.

Se trata de un espacio de participación ciudadana compuesto por representantes de los diferentes actores locales relacionados con la salud y de organizaciones comunitarias, quienes son elegidos de forma democrática y cuentan con el respaldo de la comunidad, grupo u organización a la que pertenecen. Su conformación debe asegurar la rotación de sus miembros y una representación equitativa de los distintos sectores sociales, considerando aspectos de género, cultura, etnia y edad.

Este espacio funciona como un punto de encuentro e integración para la comunidad, donde las acciones de gestión y autogestión están orientadas a mejorar la calidad de vida de la población. Por su naturaleza, es la instancia de participación ciudadana en temas de salud más cercana a la comunidad, ya que responde directamente a sus necesidades y propuestas. Además, está vinculada a cada centro de salud a nivel local y constituye el punto de partida para el trabajo conjunto entre la ciudadanía y los profesionales de la salud, facilitando la identificación de problemas, el establecimiento de prioridades y la búsqueda de soluciones en salud (MSP, 2012).

De conformidad con el artículo 80 de la Ley Orgánica de Participación Ciudadana, los consejos consultivos constituyen mecanismos de asesoría integrados por ciudadanos, ciudadanas

u organizaciones civiles, configurados como espacios y organismos deliberativos. Las autoridades, instancias mixtas o paritarias pueden convocarlos en cualquier momento para funciones estrictamente consultivas, cuya estructura se define mediante acuerdos contextuales al tema en cuestión. La Dirección Nacional de Participación Social en Salud supervisa su seguimiento, en colaboración con la unidad requirente y la instancia desconcentrada correspondiente (MSP, 2017).

Atención comunitaria en salud.

La atención comunitaria se basa en las necesidades y prioridades de salud, centrándose en los individuos, las familias, las comunidades y el medio ambiente. Es importante considerar las características del grupo de población, incluido su perfil de enfermedad, factores de riesgo, disponibilidad de recursos y características demográficas y culturales. Esto significa un conocimiento profundo de su vida, su cultura, su situación, leyes, creencias, prácticas, valores, idioma y otros aspectos, lo que le da a la hospitalidad un estilo único (Thomas, 2018).

Enfermería comunitaria

La enfermería comunitaria se configura como una disciplina social y sanitaria profundamente vinculada a la evolución histórica del bienestar colectivo y las políticas públicas de salud; influenciada por modelos norteamericanos y europeos, esta profesión ha formado parte de un movimiento latinoamericano orientado a fortalecer la salud pública y el compromiso social. Su desarrollo ha estado estrechamente relacionado con las estrategias estatales de protección social. La enfermera comunitaria, se consolida como un agente clave en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención integral centrada en la comunidad (Navarrete et al., 2024).

Referente Epistemológico

Los teóricos que fundamentan la investigación son la socióloga de la salud María de Souza Minayo, sus conceptos permiten identificar la realidad social y compleja que vive el individuo. El filósofo y teólogo Leonardo Boff, sostiene la necesidad de cuidar en el espacio donde vivimos. Jean Watson con la teoría del cuidado humanizado, y Regina Waldow, con los conceptos de cuidado integral.

La realidad social es el movimiento constante tanto de la vida individual como de la colectiva, llena de una enorme variedad de significados. Esta realidad siempre será más compleja y profunda que cualquier teoría, idea o discurso que intentemos construir sobre ella. Por eso, las ciencias, cuyos conceptos y métodos son necesariamente limitados y selectivos, no pueden abarcarla por completo. Sin embargo, las Ciencias Sociales cuentan con herramientas y marcos teóricos que permiten acercarse, aunque sea de manera parcial y con ciertas limitaciones, a la riqueza que caracteriza la vida humana en sociedad (Minayo et al., 2007).

Para Boff (2002), el cuidado se presenta como un fundamento esencial que precede y sostiene la existencia humana, no se trata solo de un concepto temporal, sino de una *fuerza generativa* que emerge continuamente desde las raíces mismas del ser. Este principio opera como un manantial filosófico que nutre permanentemente nuestra realidad, configurando tanto nuestra naturaleza biológica como nuestra dimensión espiritual. En términos prácticos, el cuidado funciona como energía vital que se manifiesta en cada acción y decisión humana. Sin esta fuerza originaria, el ser humano perdería su singularidad: quedaría reducido a materia inerte como la arcilla de un río, o se convertiría en una entidad abstracta desconectada de su contexto histórico y terrenal. Este enfoque revoluciona nuestra comprensión de la existencia: no somos meros observadores del mundo, sino *custodios activos* cuya esencia se define precisamente por la

capacidad de cuidar, si se abandona este paradigma equivaldría a renunciar a lo que nos hace plenamente humanos como profesión de enfermería.

El cuidar depende de la actitud del ser humano, de cómo percibe la vida y su entorno, existe la necesidad del cuidar todo lo que nos rodea, y convive con nosotros desde una cosa hasta el ser humano sin dejar de lado el ambiente. Existe interés y preocupación del espacio donde vivimos el mismo que debe estar acorde a nuestro sentir. Por ende, el cuidado estará presente en todo lo que tenga relación con el ser humano (Boff, 2017, 2002).

El filósofo reflexiona, como observamos la vida y actuamos en ella, el ser humano necesita cuidar todo lo que nos rodea, considerando la situación en la que nos encontremos relacionándose directamente con el ser humano.

El cuidado trasciende meras actitudes o virtudes para constituir la esencia misma del ser humano. Representa esa condición previa que habilita la existencia de un ser consciente, racional y libre, permitiéndole forjar su vida en el mundo junto a otros hacia un futuro compartido. Desde una perspectiva cosmológica, sin esa sinergia cuidadosa con las energías universales, la vida y la conciencia jamás habrían emergido, ni estaríamos hoy reflexionando sobre ello (Boff, 1999).

Enfermería como profesión desde su inicio tiene asentadas sus bases en el cuidado humano; el mismo que con el pasar del tiempo, más el poner en práctica las relaciones interpersonales se complementan con la experiencia y el conocimiento científico. Por ello el cuidado involucra los aspectos propios del ser humano, a esto se suma el valor agregado de la responsabilidad, el ser humanitario, la empatía, la espiritualidad y otros. El cuidado de enfermería es una vocación propia de la profesión con valores innatos del ser humano generando un equilibrio y manteniendo el respeto por la vida. Se puede afirmar que el cuidado es propio del

ser humano. Por ello, el cuidar es la esencia de ser humano y una característica especial y privilegiada para ser desarrollada o adquirida por los Profesionales de Enfermería.

La Teoría de Watson.

Se inclina a satisfacer las necesidades humanas, promocionando la salud, con entorno humanizados orientado a que el paciente mejore su calidad de vida de él y su familia (Watson, 2013).

Es evidente que el ser humano sus cimientos emergen del cuidado, a la par con enfermería que está inspirada en los valores del servicio en ella se evidencia la experiencia y el conocimiento científico que abarca las bondades de la profesión orientándola a la humanización.

El ser humano es un ser de cuidados especiales que normalmente no se aplica de manera general a la diversidad de pacientes desde todo ámbito. La teorista Jean Watson brinda a la colectividad factores cuidativos y de esta manera valora los fenómenos relacionales en enfermería culminando en la reflexión y comprensión direccionando al cuidado transpersonal humano (Watson, 1999).

Es necesario que el ser humano desarrolle elementos que estima de manera especial dentro del cuidado donde relaciona la realidad muy significativa con lo espiritual. El cuidado que requiere el ser humano es esencial considerarlo un todo para protegerse o apoyarse por sus cualidades únicas.

El cuidado de la humanidad encierra la energía psíquica y universal, hasta lo más misterioso de las fuerzas cósmicas permanecen inmersos en ellos. La profesión de enfermería cuida y tiene capacidades para conservar una excelente tendencia del cuidado en la práctica profesional que afectará el desarrollo de la cultura y determinará la contribución de la enfermería a la sociedad. El amor propio es un comportamiento llena de procedimientos de sutileza y

medida anterior a ofrecer cuidados el profesional debería suceder estas dos etapas, de esta forma va a poder brindar cuidados a otros con delicadeza y dignidad (Watson, 2014).

La filosofía de cuidado nos brinda un momento muy especial donde emerge el paradigma de enfermería que aplica teorías muy congruentes con valores y percepciones de la personalidad, vida, salud y la curación direccionando a un nuevo paradigma de enfermería, se articula con la ética que promueve el accionar libre moral que nos lleve a vivir sanos en comunidad (Watson, 1999).

En el paciente debe existir más autonomía hacia el mundo subjetivo y del cuidador para potenciar la fe y esperanza; un ser humano con capacidad de sentir hacia sí mismo y los demás, dar cabida a una relación con empatía, promover la satisfacción, disminución del dolor y sufrimiento; permite esta relación basada en la ayuda y la confianza, comprender sus comportamientos; despojarse de los sentimientos negativos ver la vida desde otra dimensión promoviendo la calidad de vida.

La teorista hace relación de cómo debe el cuidador transmitir la fe y esperanza teniendo la capacidad de sentir, relacionarse con la persona que requiere cuidado, asumiendo siempre la relación empática proyectándose hacia una calidad de vida, la persona debe tener la capacidad de poder resolver lo que le intranquiliza

El ser humano es un ser de cuidado, cuando se habla de cuidados paliativos se entiende como cuidados especiales que normalmente no se aplica de manera general a la diversidad de pacientes desde todo ámbito. La teorista Jean Watson brinda a la colectividad factores cuidadosos y de esta manera valorar los fenómenos relacionales en enfermería culminando en la reflexión y comprensión que direcciona al cuidado transpersonal humano. La filosofía de Caring nos lleva a un momento muy especial donde emerge el paradigma de enfermería aplicando la

teoría muy congruente con valores y apreciaciones de la personalidad, el todo de una persona en la vida cotidiana manteniendo la salud y si está afectada se logra la recuperación direccionándola a un nuevo paradigma de enfermería, esta se articula con la ética que promueve el accionar libre moral que nos lleve a vivir sanos en comunidad (Watson, 1975, 2009).

El cuidado interprofesional humanizado, fundamentado en los Diez Procesos Caritas de Jean Watson, manifiesta bondad amorosa hacia pacientes, equipo y uno mismo, sosteniendo fe y esperanza en vínculos colaborativos. Fomenta interacciones intersubjetivas confiables y relaciones humanas, procesando emociones sin prejuicios mientras integra saberes holísticos. Promueve enseñanza recíproca en entornos sanadores, honrando la dignidad humana con apertura al misterio y fe en milagros (Wei & Watson, 2019).

La Teoría del cuidado humano de Watson impregna exhaustivamente la praxis enfermera clínica, pedagógica e investigativa, aunque demanda un escrutinio más profundo en el ámbito administrativo. Este artículo postula su pertinencia en la gestión enfermera, desglosando elementos cardinales como las dimensiones transpersonales del cuidado, las competencias curativas y los procesos de cuidado en un modelo integrador que articula fundamentos teóricos con praxis metodológica. Así, emerge como marco conceptual robusto para orientar la administración en organizaciones sanitarias, infundiendo humanización en estructuras burocráticas (Gunawan et al., 2022).

Conceptos y Cuidado Integral de Regina Vera Waldow.

La reflexión epistemológica sobre el conocimiento enfermero, abarcando dimensiones sintéticas y analíticas en concordancia con los paradigmas emergentes, subraya la solidaridad como categoría axial del cuidado. En este marco, el arte y la ciencia de la enfermería se integran intrínsecamente mediante el cuidado, concebido aquí como su praxis técnica esencial (know-

how). Por consiguiente, la solidaridad elemento consustancial al cuidado adquiere preeminencia ante el contexto contemporáneo, al encarnar el imperativo moral y la praxis ciudadana en el ejercicio profesional (Waldow, 2014).

Según Waldow (2009) el abordaje biológico alcanzado por el ser humano, gracias a las grandes invenciones y a la implementación de equipos de alta tecnología, se ha convertido en el presente y futuro inmediato en un obstáculo, ya sea por factores económicos, administrativos o políticos, donde predomina una barrera que dificulta la aproximación al ser paciente.

El aprendizaje actúa como un orientador que se proyecta adecuadamente en el ser sujeto de cuidado, permitiéndole realizar acciones con cualidades orientadoras propias del acto de cuidar. Esta capacidad, inherente al ser, facilita la interacción y genera comodidad en la relación con el ser cuidado, contribuyendo así a modificar de manera integral su carencia de cuidado y su entorno.

Se evidencia humanismo en el cuidado que se brinda al paciente con aplicabilidades prácticas situación referida por algunos profesionales de salud. El aprendizaje adquirido en los diversos escenarios de práctica no da un crédito de ser un enfermero humanista esto se adquiere en ir y venir de la interacción del valor agregado profesional paciente. Los sucesores de los enfermeros profesionales en la enseñanza aprendizaje captan este empoderamiento de la aplicabilidad del cuidado que tiene como resultado un cuidado humanizado.

Quien brinda su tiempo a los que requieren cuidado es un cuidador, capaz de comprender y relacionarse mutuamente; es relevante la tecnología actual viendo el futuro sin perder la experiencia del pasado, base de la condición actual en la profesión que facilitó la transformación actual.

La enorme complejidad demográfica en las naciones en desarrollo, ejemplificando, perduran en las altas tasas de mortalidad infantil y materna, desnutrición, patologías infecciosas, además del recrudecimiento de otras. Del mismo modo, tanto en las naciones en desarrollo como en los más avanzados, estamos cohabitando con inconvenientes cardiovasculares, SIDA, maltrato de diversos tipos, como es adicción a las drogas, accidentes de tránsito y de trabajo, estados depresivos e incremento creciente de la obesidad. Las desigualdades son notorias y varias de ellas se deben a diferencias en la entrada compatible con las insuficiencias, como es recursos sociales disponibles, trabajo, ayuda, servicios sanitarios, de estabilidad y de enseñanza, para nombrar solo ciertos.

El cuidado de enfermería no es un tema nuevo, su discusión sigue siendo relevante ya que muchos aspectos aún no están claros. En este contexto, se presentan algunas ideas de Regina Waldow, quien preparó un manuscrito sobre enfermería en general y su interpretación en el campo de la enfermería. Su enfoque teórico del comportamiento solidario se basa en una perspectiva filosófica que combina fenomenología y holismo.

A través de estas teorías, Waldow buscó ayudar a las personas a obtener una comprensión más profunda de este fenómeno y promover prácticas de enfermería humanas. A través del análisis filosófico, la autora propone una perspectiva que entiende el cuidado como parte esencial del lenguaje del cuidado, es decir, representa una forma de ser que sólo se expresa en las interacciones con otras personas; apoyado por otros autores en el campo, concluyó que el cuidado es la esencia del cuidado, caracterizado por sus dimensiones existencial, relacional y situacional.

Este enfoque nos anima a pensar en cómo la atención puede ir más allá de un simple enfoque en la enfermedad para centrarse en el bienestar holístico del individuo. Tener en cuenta

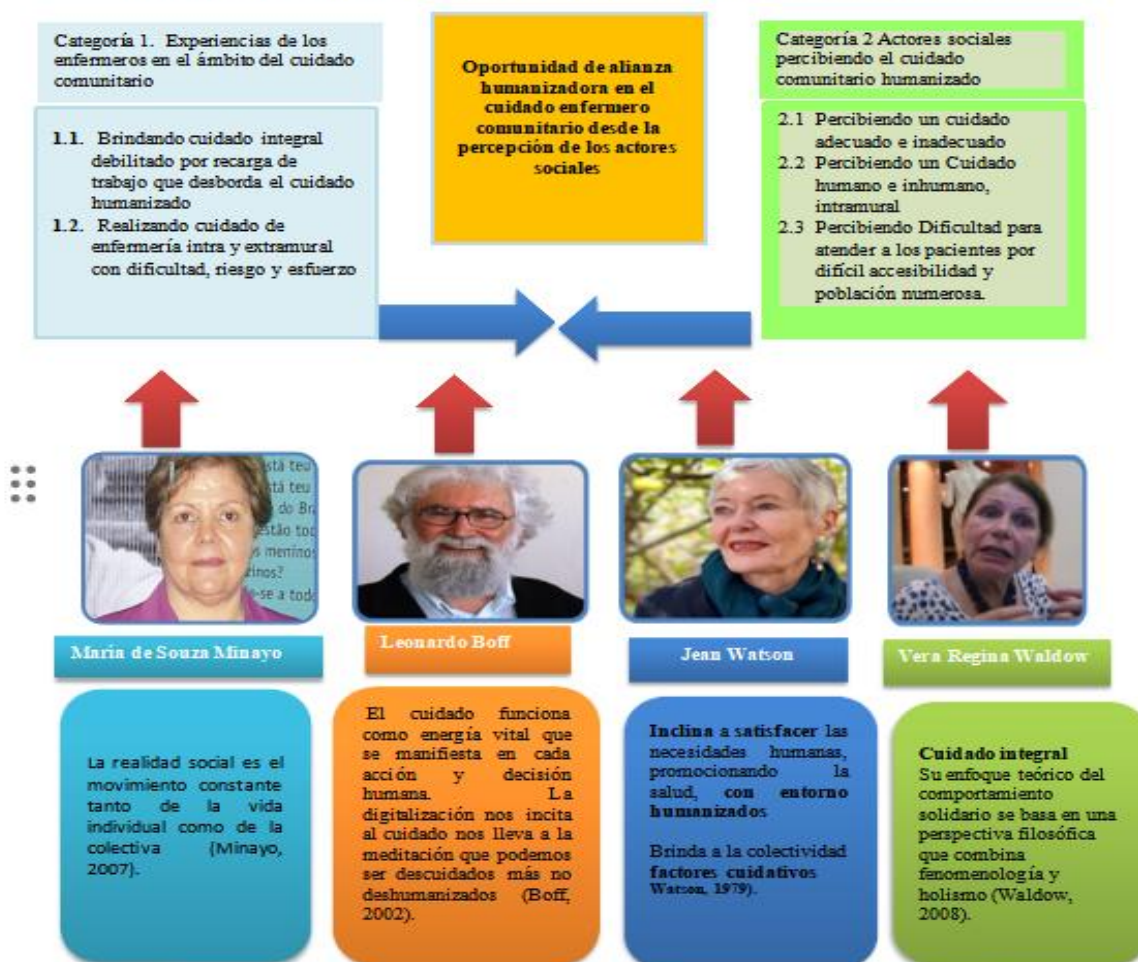
las experiencias de vida y los antecedentes de cada persona puede promover una relación enfermera-paciente más auténtica y significativa. Esto allana el camino para prácticas que apuntan no sólo a aliviar el sufrimiento físico, sino también a satisfacer las necesidades emocionales y sociales de quienes reciben ayuda (Waldow, 2014).

La cuidadora, sensibilizada y capacitada, interviene activamente en circunstancias de vulnerabilidad, priorizando un cuidado trascendente que trasciende lo físico para restaurar la integridad del ser cuidado en su singularidad específica. Así, sostiene su autenticidad pese a condiciones de curación, alivio o terminalidad de la existencia, abordando el sufrimiento, la incapacidad, las limitaciones, el miedo y la ansiedad mediante apoyo empático y transformador (Waldow, 2008).

La teoría de los cuidados humanos holísticos en enfermería es muy reconocida y apreciada a nivel mundial. Muchas enfermeras que aplican esta teoría y su método destacan lo valioso que es encontrar formas de entender y practicar la enfermería y el cuidado de la salud desde una perspectiva cultural (Alligood, 2022, p. 349).

Hoy en día, los profesionales de enfermería cuentan con investigaciones profundas y culturalmente fundamentadas que les ayudan a atender a pacientes de diversas culturas y subculturas de manera más efectiva. Además, esta teoría y método no solo han sido útiles para la enfermería, sino que también han aportado valor a otras áreas relacionadas. Quienes se acercan por primera vez a esta teoría pueden aprender mucho gracias a la guía de mentores y al estudio de investigaciones transculturales previas que la han aplicado. Lo más destacado es que muchos enfermeros sienten que esta teoría encaja de forma muy natural con su labor, aportando nuevas perspectivas sobre el cuidado, la salud y el bienestar.

Oportunidad de alianza humanizadora en el cuidado enfermero comunitario desde la percepción de los actores sociales en el cantón Esmeraldas, Ecuador.



Fuente: Vila Maffare, Marilyn Marivel. Tesis de doctorado. UPeU. 2025

Capítulo III

Materiales y Métodos

Tipo de Estudio

El abordaje de este estudio fue de tipo cualitativo que permitió al investigador desarrollar destrezas en la identificación de vicisitudes, escenarios, actitudes y capacidades mediante un acercamiento frecuentemente directo; esto favorece la interacción con seres humanos y/ o sujetos de estudio dando apertura a la comprensión de los fenómenos de interés y tal vez en algunos casos, lograr consenso entre los actores sociales que comparten procesos sociales, para realizar modificaciones leves o complejas en su contexto de vida o trabajo. Por ende, la investigación cualitativa está aliada con la teoría interpretativa; el investigador se convierte en un acompañante del sujeto de estudio. Favorece la focalización de la realidad que se pretende conocer a profundidad (Rodríguez et al., 2017).

Se realizó un estudio Cualitativo, dada la naturaleza del objeto de estudio, el cual permitió acceder de manera personalizada y obtener información relevante de sus experiencias comunitarias referente a los cuidados de enfermería en un contexto comunitario.

Diseño de la Investigación

El diseño de la presenta investigación cualitativa, fue el descriptivo-interpretativo que permitió una exploración profunda y contextualizada de los fenómenos estudiados. Esta lógica de producción del conocimiento se sustentó en el diálogo investigador-participante y en la interpretación sistemática del material discursivo, priorizando la construcción de categorías a partir del análisis.

Este diseño se seleccionó deliberadamente por su capacidad para capturar la complejidad de las experiencias humanas en el ámbito de la enfermería, particularmente en contextos

comunitarios, donde los actores sociales perciben el cuidado humanizado para dar atención desde las realidades sociales y culturales que demandan una comprensión no solo descriptiva, sino también reflexiva y transformadora.

El diseño Descriptivo-interpretativo, es una investigación cualitativa a pequeña escala sobre un fenómeno considerado en el campo que tiene como objetivo extraer temas y patrones. Este enfoque comienza con el análisis crítico del conocimiento clínico y teórico en el campo. Desarrolla el marco conceptual inicial, pero no inserta detalles de los procedimientos (Hernández Sampieri et al., 2014).

Este enfoque explica los criterios generales utilizados para evaluar las decisiones de diseño y adaptarlas a métodos cualitativos. Este método tiene un marco metodológico ajustado, y su objetivo principal es crear una comprensión clínica, mientras que su objetivo secundario es utilizar esta comprensión clínica en la atención al paciente. La investigación cualitativa a través de la interpretación introduce la búsqueda de significado, interpretando los datos para entender el sentido que los participantes dan a los fenómenos, no solo describiendo sino comprendiendo la realidad social y subjetiva.

Desde una perspectiva descriptiva-interpretativa, se argumentaron las oportunidades de alianzas entre enfermeros y actores sociales, comprendiendo sus experiencias en el cuidado humanizado, el diseño de esta investigación facilitó la recopilación detallada de narrativas que expresan , observaciones de participantes y percepciones de los actores sociales clave en comunidades urbanas y rurales del cantón Esmeraldas, permitiendo capturar la esencia viva de sus experiencias en el cuidado humanizado y las alianzas con actores sociales.

Esta orientación se alinea directamente con los principios teóricos de Waldow, cuya propuesta del "cuidado como esencia del encuentro enfermero" (Waldow, 1998) resalta la

necesidad de describir el cuidado no como un acto técnico, sino como un proceso relacional cargado de significados culturales y emocionales.

De este modo, mediante entrevistas semiestructuradas y observaciones inmersivas en entornos comunitarios urbanos y rurales donde conviven actores sociales que dieron datos ricos que no solo documentaron realidades cotidianas, sino que también revelaron patrones emergentes, como las tensiones entre el cuidado humanizado y las alianzas del personal de enfermería para proporcionar cuidado. Esta aproximación descriptiva, evitó interpretaciones prematuras y priorizó la voz de los participantes, fortaleciendo la credibilidad del estudio y abriendo caminos para intervenciones de enfermeros más humanizados.

Escenario de la Investigación

El escenario de estudio fue la zona 1 de salud, distrito 08d01esmeraldas-salud en los Centros de Salud urbanos y rural (Tabla 1).

La investigación se desarrolló en la provincia de Esmeraldas, en el cantón que lleva el mismo nombre. Esta provincia, ubicada en el extremo norte de Ecuador dentro de la región costera, ocupa cerca de 15.800 km², lo que representa aproximadamente el 6% del territorio nacional. Esta provincia limita al norte con Colombia, al sur con Manabí, Santo Domingo de los Tsáchilas, Pichincha e Imbabura, al este con Carchi e Imbabura, y al oeste con el océano Pacífico (GADPE, 2023).

El INEC (2022). de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda realizado contó a 16,938,986 de personas en Ecuador. La provincia de Esmeraldas cuenta con 553.900 habitantes. Mientras el cantón Esmeraldas su población es de 211.848.

El cantón Esmeraldas se ubica en la costa noroccidental de Ecuador, posee una extensión territorial de 1.351 km², cuenta con la urbe más poblada de la provincia, se localiza en la orilla derecha de la desembocadura del río Esmeraldas.

La realización de esta investigación se realizó en ocho Centros de Salud del cantón, cuatro urbanos y cuatro rurales; estas son Unidades Operativas de salud de primer, segundo nivel de atención, donde se dirigen programas de atención a personas que requieren cuidados de menor y mayor complejidad.

Los activos turísticos de la zona incluyen muchas oportunidades de exploración, especialmente los fines de semana y días festivos. El mejor ejemplo es el balneario Las Palmas, una de las primeras playas turísticas dedicadas a la conservación de la naturaleza e ideal para observar la anidación de tortugas marinas entre junio y enero. Este hermoso lugar se encuentra en proceso de renovación urbana desde el año 2016, donde se puede observar una combinación de arquitectura moderna y tradición costera.

El cantón Esmeraldas tiene cinco parroquias urbanas: Esmeraldas, Luis Tello, 5 de agosto, Bartolomé Ruiz, Simón Plata Torres y ocho parroquias rurales: Camarones, Carlos Concha, Chinca, Majua, San Mateo, Tabiazo, Tachina y Vuelta Larga. El territorio casi en su entereza se identifica el sistema hidrográfico del flujo de agua tomando importancia al río Esmeraldas como su afluente primordial en el cantón.

Tabla 1: *Parroquias, Centros de Salud. Cantón Esmeraldas, Ecuador, 2026*

	Parroquias	Centros de Salud	
		Urbanos	Rurales
Cantón Esmeraldas	Esmeraldas	Centro de Salud Los Almendros	
		Centro de Salud Santas Vainas	
	5 de agosto	Centro de Salud San Vicente de Paúl	

Simón Plata Torres	Centro de Salud Tipo C San Rafael
Majua	Centro de Salud Majua
Chinca	Centro de Salud Chafú
San Mateo	Centro de Salud San Mateo
Tachina	Centro de Salud Tachina

Sujetos de Estudio

Participaron en el estudio 08 Enfermeras y 07 actores sociales.

Tabla 2: Características de las enfermeras sociodemográficas de las enfermeras. Cantón Esmeraldas, Ecuador, 2022

Código	Edad	Sexo	Lugar de trabajo	Tiempo de servicio	Título	postgrado
E1	37	femenino	CS San Vicente de Paul	7 años	Licenciada en Enfermería	Magister em Salud Pública
E2	43	femenino	CS Santas Vainas	16 años	Licenciada en Enfermería	Magister em Salud Pública
E3	41	femenino	CS Rural Tachina	8 años	Licenciada en Enfermería	no
E4	37	femenino	CS Rural Majua	6 años	Licenciada en Enfermería	no
E5	49	masculino	CS Los Almendros	7 años	Licenciado en Enfermería	no
E6	38	femenino	CS Rural Chafú	11 años	Licenciada en Enfermería	no
E7	36	femenino	CS Rural San Mateo	9 años	Licenciada en Enfermería	Magister en Salud Pública
E8	35	femenino	Centro de Salud Tipo C San Rafael	12 años	Licenciada en Enfermería	Magister em Salud Pública

Nota. Fuente: Testimonios de las enfermeras participantes.

La distribución etaria de los participantes en el estudio evidenció una presencia equilibrada de individuos en distintos rangos de edad. Se registró la participación de una persona

por cada uno de los siguientes grupos de edad: 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42 y 49 años, lo que refleja una representatividad dispersa dentro del grupo adulto maduro. Esta diversidad etaria permite enriquecer el análisis desde múltiples perspectivas generacionales, aportando matices valiosos a la comprensión del fenómeno investigado. Las 08 enfermeras son de sexo femenino. En cuanto al lugar de trabajo, 04 trabajan en centro de salud rural y 04 en centros de salud urbano. En relación con el tiempo de servicio en el trabajo, los datos muestran una distribución heterogénea entre los participantes.

Se identificó que una persona contaba con 6 años de experiencia laboral, dos con 7 años, una con 8 años, una con 9 años, una con 11 años, otra con 12 años y una más con 16 años de servicio. Esta variabilidad en los años de desempeño profesional permite inferir la coexistencia de diferentes niveles de experticia y trayectorias laborales, lo cual puede influir en las percepciones, actitudes y prácticas relacionadas con el fenómeno objeto de estudio.

Las 08 son licenciadas en enfermería, 04 son maestras en salud pública.

Constatamos que la mayoría de los enfermeros tienen edades de 35 a 38 años, todas las profesionales son de sexo femenino, la mitad trabaja en centro de salud urbano y la otra mitad en rural, la mayoría tenían de 6 a 12 años de servicio, todas tienen título profesional de Licenciadas en Enfermería y la mitad tienen maestría en salud pública.

Tabla 3: *Características sociodemográficas de los actores sociales, cantón Esmeraldas, Ecuador 2022*

Código	Edad	Sexo	Lugar de trabajo	Tiempo de servicio	Profesión /ocupación	Grado de instrucción
A1	60 años	Femenino	PUCE Esmeraldas	30 años	Docente	Cuarto nivel
A2	47 años	Femenino	Municipio de Esmeraldas	16 años	Vigilante Epidemiológico Comunitario	Secundaria
A3	60 años	Masculino	Comunicador de prensa	28 años	Prensa	Tercer nivel

A4	39 años	Femenino	Ama de casa	12 años	Vigilante Epidemiológico Comunitario	Secundaria
A5	36 años	Masculino	Voluntariado Cruz Roja Servicio	14 años	Estudiante Voluntariado	Tercer nivel
A6	38 años	Femenino	Integrado de Seguridad ECU 911 Distrito Esmeraldas	10 años	Enfermera	Cuarto nivel
A7	38 años	Femenino	Presidenta Comité Local de Salud	4 años	Maestra	Cuarto nivel

Nota. Fuente: testimonios de los actores sociales.

Los actores sociales que participaron en el presente estudio se caracterizan por pertenecer al grupo etario adulto, cuyas edades fluctúan entre los 36 y los 60 años. Específicamente, se registró la participación de un actor de 36 años, dos de 38 años, uno de 39 años, uno de 47 años y dos de 60 años. Esta distribución etaria evidencia una representación de personas con trayectorias vitales y profesionales consolidadas, lo cual resulta relevante para el análisis, dado que su experiencia puede influir significativamente en la construcción de significados, percepciones y prácticas relacionadas con el fenómeno investigado.

En relación con sexo, se identificó que la mayoría de los actores sociales participantes en el estudio son de sexo femenino, con un total de cinco mujeres, mientras que dos corresponden al sexo masculino. Esta distribución refleja una predominancia de la participación femenina, lo cual podría estar relacionado con la naturaleza del fenómeno investigado, así como con los roles tradicionalmente asumidos en los contextos comunitarios o laborales vinculados al estudio.

En cuanto al trabajo que ejecutan, 01 trabaja en PUCE Esmeraldas, 02 Vigilante Epidemiológico Comunitario, 01 trabajo Privado, 01 Voluntario de Cruz Roja y 01 Servicio Integrado de Seguridad ECU 911 Distrito Esmeraldas y 01 Presidenta Comité Local de Salud.

En relación con la profesión u ocupación de los actores sociales participantes en el estudio, se identificó una diversidad de perfiles laborales que enriquecen el análisis del fenómeno investigado desde múltiples perspectivas.

Específicamente, uno de los participantes se desempeña como docente, dos como vigilantes epidemiológicos comunitarios, uno como periodista, otro realiza labores en voluntariado de la Cruz Roja, uno es enfermera técnica y otro ejerce como docente en la PUCE Esmeraldas. Esta heterogeneidad ocupacional permite una comprensión más amplia y contextualizada de las experiencias, percepciones y aportes de los participantes en torno al objeto de estudio, aportando así una mirada plural y multidimensional.

En cuanto al grado de instrucción de los actores sociales participantes, se observó que dos cuentan con estudios superiores, dos con educación secundaria, dos con formación de tercer nivel (técnica o tecnológica) y uno con formación de cuarto nivel (posgrado). Asimismo, se constató que la mitad de los participantes se encuentran en un rango de edad comprendido entre los 35 y 38 años.

Predomina el sexo femenino en la muestra, así como la vinculación laboral al sector salud. El tiempo de servicio oscila entre los 4 y 16 años, lo que denota una experiencia laboral significativa en sus respectivos ámbitos. Respecto a la profesión, se evidenció que la mayoría de los actores sociales no cuentan con formación profesional universitaria, siendo solo tres de ellos profesionales titulados. Estos datos permiten caracterizar a los participantes como personas con experiencia práctica y formación diversa, lo cual resulta pertinente para el análisis cualitativo del fenómeno estudiado desde una perspectiva integral y contextualizada.

Criterios de Inclusión para las Enfermeras

Se incluyó a enfermeras que aceptaron participar de manera voluntaria en la investigación.

Enfermeras profesionales que se encuentren laborando en Centros de Salud de la Comunidad en estudio.

Enfermeras con cinco años de servicio.

Criterios de Inclusión para los Actores Sociales

Se incluyó a los actores sociales. que desean participar voluntariamente en la investigación

Actores sociales que interactúan con el equipo de salud de la comunidad

Actores sociales de los establecimientos existentes en el área concentrada y dispersa.

Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la entrevista abierta a profundidad, y el instrumento fue una guía de entrevista, elaborado para las enfermeras (Apéndice A) y otra para los actores sociales (Apéndice B).

La Entrevista semiestructurada como una técnica, con propósitos bien definidos y, en un primer nivel, se caracteriza por una comunicación verbal que aumenta la importancia del lenguaje y de significado del testimonio; sirvió como un medio de recolectar información (objetivas y subjetivas) sobre el tema científico, relacionado al objeto de estudio.

La obtención de datos se llevó a cabo a partir del mes de noviembre del 2019, se les informo los objetivos de la investigación y solicito la firma del consentimiento informado (Apéndice C) y a razón de la pandemia se extendió hasta mayo del 2020, una vez firmado se

hicieron las entrevistas por plataforma virtual y en forma individual a través de un cronograma de fechas establecidas, se garantizó la privacidad y confidencialidad de las informaciones.

Procedimiento de Recolección de datos

Se realizaron coordinaciones pertinentes:

Solicitud de autorización del comité responsable de procesos de investigación de la universidad para el permiso de la investigación y aceptación del tema, puesto que se lo realizó directamente en los establecimientos de salud, instituciones donde laboran los actores sociales y en la comunidad; una vez recibido éste, de igual forma se tramitó autorización del Comité de ética, según norma académica (Apéndice D).

Análisis e Interpretación de los Datos

El tratamiento de los datos consistió en la sistematización de las informaciones para realizar el análisis e interpretación de los resultados.

Se describió inicialmente la dinámica de tratamiento de los datos para identificar las categorías temáticas. Se optó por el tipo de análisis de contenido temático, por considerar una técnica que permite identificar el “núcleo de sentido”, elementos de significación constitutiva de los mensajes que componen la comunicación y cuya presencia o frecuencia de aparición puede significar alguna cosa para el objetivo analítico seleccionado (BARDIN,1988). Fue procesado por etapas:

Reproducción escrita de las grabaciones de las entrevistas, considerando la digitación de todo el contenido de las grabaciones;

Lectura exhaustiva de todo el material transcrito;

Lectura de los testimonios de los participantes sobre los temas trabajados de todo el material para sentir lo que había de semejante, o no, en sus testimonios;

Destaque de las ideas centrales dadas por los entrevistados, relativas a cada pregunta, siendo identificadas a través de códigos (colores) que las representaban. Es importante registrar que, para agrupar las categorías, se utilizó una técnica de sublineado a colores computacional, que garantizó la credibilidad a la separación de los testimonios, y al mismo tiempo facilitó la identificación de las ideas centrales. Esto equivale decir que se construyó un mapeo de las ideas significativas constantes en los relatos, identificadas por colores diferentes, permitiendo la clasificación de las características comunes. (Apéndice E).

Al final de este primer procedimiento, se obtuvo las unidades de registro, configurándose de esa forma la determinación de las categorías de análisis que consistió en el recorte de las informaciones que componían las categorías elaboradas a partir del referencial teórico y de la investigación empírica.

Consideraciones Éticas y de Rigor Científico

Consideraciones Éticas

Consentimiento Informado (Apéndice C): Consiste en solicitar autorización al sujeto de la investigación para la realización del estudio, en el cual constan las firmas del entrevistado, investigador, y asesor de la investigación. Este criterio fue aplicado al momento de solicitar las firmas de las enfermeras y actores sociales participantes, quienes voluntariamente aceptaron participar en la investigación (Escobar, 2018).

Privacidad: Tener en cuenta desde el inicio de la investigación el anonimato de las entrevistadas. La aplicación de este criterio se cumplió al no revelarse los nombres de las entrevistadas, ya que los mismos serán mencionadas en la investigación a través de entrevistas numeradas o códigos.

Confidencialidad: Se refiere a que las grabaciones son confidenciales, utilizadas solo para fines de investigación. Los testimonios de los participantes.

Criterios de Rigor Científico

Los criterios de rigor científicos según Domínguez & Rodríguez (2013) consideraron a la credibilidad, la transferibilidad o aplicabilidad, conformabilidad, como criterio científico los mismos que fueron aplicados en esta investigación:

Credibilidad: Fueron receptadas por la investigadora a través de sus conversaciones con los informantes se recolecta la información. En este estudio se seguirán los pasos necesarios para que los participantes ofrezcan datos creíbles, verdaderos, chequeará las informaciones de estos para constatar los resultados con la fuente de información.

Auditabilidad: Describe que cualquier investigador puede continuar con la ruta de este estudio en el entendimiento de su lógica. En esta investigación se realizará grabaciones y quedarán como evidencias.

La transferibilidad o aplicabilidad: Se tomó en cuenta los resultados del estudio a otras poblaciones, teniendo en cuenta el lugar y las características de los participantes donde el fenómeno de estudio fue observado.

La transferibilidad o aplicabilidad: Se tomó en cuenta los resultados del estudio a otras poblaciones, teniendo en cuenta el lugar y las características de los participantes donde el fenómeno de estudio fue observado.

Capítulo IV

Resultados y discusión

Resultados

Los hallazgos obtenidos en el estudio pusieron de manifiesto dos categorías:

Categoría 1. Experiencias de los enfermeros en el ámbito del cuidado comunitario, con las subcategorías:

Brindando cuidado integral debilitado por recarga de trabajo que desborda el cuidado humanizado

Realizando cuidado de enfermería intra y extramural con dificultad, riesgo y esfuerzo

Categoría 2. Actores sociales percibiendo el cuidado comunitario humanizado, con las subcategorías:

Percibiendo un cuidado adecuado e inadecuado,

Percibiendo un Cuidado humano e inhumano.

Dificultad para atender a los pacientes con difícil accesibilidad y población numerosa.

Discusión

Categoría 1. Experiencias de los enfermeros en el ámbito del cuidado comunitario

Subcategoría 1.1. Brindando Cuidado Integral Debilitado Por Recarga de Trabajo que Desborda el Cuidado Humanizado.

Las enfermeras de los Centros de Salud urbano y rural manifiestan que brindan cuidados integrales, debilitado por la recarga de trabajo que limita brindar un cuidado humanizado. Tienen exceso de pacientes, en una población numerosa que es atendida por una enfermera; así mismo recargan el trabajo al dar cumplimiento de programas del ministerio de salud pública,

documentación de formularios, cumplir con protocolos de atención y trabajar según agenda (fechas para ser atendidos), haciendo el trabajo más difícil y lento.

Sin embargo, la población necesita recibir cuidado para grupos vulnerables dónde el enfoque humanizado está en procurar cubrir sus necesidades de salud, pero gestionando o motivando a sus requerimientos sociales, Poder escuchar activamente las necesidades de los integrantes de un entorno comunitario o familiar, estrecha lazos con nuestros pacientes o comunidad. Las acciones generadas de manera directa influyen en la calidad de atención y la empatía. Tal como se evidencia en los siguientes testimonios:

[...] El trabajo que realiza una enfermera para una población numerosa no abastece. Es difícil dar cuidado, se hace lo que se puede de manera rápida, utilizamos la agendación, es imposible darle toda la atención de manera inmediata a los pacientes brindando todos los cuidados que se nos enseña en la universidad, el protocolo de atención se refiere a una atención integral. Quizás la recarga de trabajo debilita dar una atención como es debido E1.

[...] el trabajo en la aplicación de los protocolos desborda el trabajo humanizante, ya que al estar en contacto con el individuo, familia y comunidad nos hace más empáticos y solidario. El proceso de atención que incluye desde una charla individual o comunitaria, hasta el enfoque específico de atención a grupos vulnerables, como adultos mayores, niños con problemas de desnutrición, dónde el enfoque humanizado está en procurar cubrir sus necesidades de salud, siempre gestionando o motivando a sus requerimientos sociales. Poder escuchar activamente las necesidades de los integrantes de un entorno comunitario o familiar, estrecha lazos entre nuestros pacientes o comunidad. Acciones generadas de manera directa, influyen en la calidad de atención y la empatía E6.

Al respecto Álvarez et al (2022) afirman que los profesionales de la salud perciben a la enfermera especialista en familia y comunidad, con una mayor formación y aumento de las competencias. También existencia de barreras en la organización del sistema sanitario que impiden que la EFyC pueda desarrollar todas las funciones para las que está capacitada. Concluyen que se considera prioritario implementar políticas sanitarias que establezcan nuevos

modelos de gestión que garanticen la excelencia en los cuidados a través de la incorporación de especialistas que logren adaptarse a las nuevas necesidades de la sociedad.

Para Waldow (2014) el cuidado de la salud es una acción humana que implica belleza y bondad, y que se expresa como una dimensión estética y ética hace énfasis a que se modifique de manera integral la carencia de cuidado y su entorno.

El cuidado es una categoría fundacional que define lo humano del ser, dotándolo de una dimensión filosófica que trasciende intervenciones técnicas, frente a textos que relegan el cuidar a un rol secundario dentro del discurso humanizador, ella reivindica su primacía ontológica, posicionándolo como esencia misma de la humanidad en la relación asistencial. Cuestiona la tendencia actual en salud a priorizar la humanización como concepto paraguas, argumentando que esta perspectiva diluye la especificidad del cuidado.

En su lugar, propone rescatar una interpretación amplia del cuidar que integre aspectos éticos, relacionales y existenciales, evitando su instrumentalización; y los esfuerzos de los profesionales enfermeros por ejercer una asistencia verdaderamente humanizada, recuperando el cuidado en toda su amplitud, en contextos como la atención primaria de salud (Waldow & Borges, 2008).

El cuidado humanizado según Watson (2009) se centra en la relación de cuidado entre el profesional de enfermería y el paciente, donde se prioriza la conexión humana, la empatía y el respeto por la dignidad del individuo. Watson (2009) propone que el cuidado no es solo una técnica, sino un acto moral y ético que busca sanar y promover el bienestar integral del paciente.

Subcategoría 1.2. Realizando cuidado de enfermería intra y extramural con dificultad, riesgo y esfuerzo.

La atención de enfermería en la comunidad, también conocida como enfermería comunitaria, se centra en la promoción, restauración y mantenimiento de la salud de la población a través de la participación directa de los habitantes y la aplicación de principios de salud pública. Su objetivo principal es abordar las necesidades de salud de las personas, familias y la comunidad en su conjunto, dentro de su contexto social y cultura.

Las enfermeras participantes indican que el cuidado de enfermería es dentro y fuera de la unidad de salud, identifican a las familias, realizan acciones específicas con grupos vulnerables en lugares urbanos con dificultad por la accesibilidad, e igualmente visitas domiciliarias. Refieren que enfermería cumple una ardua labor sin importar el riesgo que corren. Poseen una gran fortaleza y habilidad para atender grupos y aplicar protocolos de atención integral, manejando, identificado problemas sociales ambientales biológicos. Otro aspecto importante que brindan cuidados de enfermería a través del programa médico del barrio para desarrollar múltiples actividades propias de enfermería, logran llegar al domicilio encontrando casos que ameritan del cuidado directo; cuidado que quisieran fuera más humano dificultándose brindarlo de manera inmediata.

Por otro lado, manifiestan que los líderes comunitarios, ayudan, a desplazarse, a lugares muy alejados para movilizar pacientes, por río, por lancha o también con animales de carga. Refieren también que las bandas delictivas debilitan el trabajo en la comunidad, por limitar el apoyo de voluntarios de la comunidad y estudiantes de enfermería para brindar un buen cuidado humanizado. Tal como se evidencia en las siguientes narrativas:

[...]El trabajo que hacemos es dentro y fuera de la unidad de salud, identificamos las familias y damos información para poder realizar acciones específicas con determinados usuarios en ciertos lugares urbano y pese a ser urbano se nos dificulta el trabajo debido a la accesibilidad, e igualmente acudimos a las visitas domiciliaria... Sería mentirle al decir que llegamos a todos los lugares, enfermería cumple una ardua labor sin importar el riesgo que corremos, más como tenemos habilidad para atender grupos de esta manera podemos

aplicar los protocolos de atención integral manejando identificados problemas sociales ambientales biológicos que tú mejoramiento y una mejor calidad...E2

Minayo et al. (2007) defiende la importancia de la experiencia subjetiva y la perspectiva de los propios actores en los procesos de salud. Destaca que los relatos vivenciales de los profesionales de enfermería no solo son válidos, sino esenciales para comprender la complejidad del trabajo en salud comunitaria, ella sostiene que para entender fenómenos sociales, como el trabajo de enfermería comunitaria, es necesario escuchar las voces de quienes viven y experimentan esas realidades, este relato es un ejemplo de cómo los testimonios enriquecen la comprensión de los desafíos, emociones y valores que atraviesan la labor diaria; es imprescindible considerar los factores sociales, culturales y ambientales.

La honestidad se evidencia cuando se admite: “Sería mentirle al decir que llegamos a todos los lugares”. Este reconocimiento humaniza el relato, mostrando que, a pesar del esfuerzo, existen barreras estructurales y logísticas que impiden una cobertura total, lo cual es una realidad en muchos sistemas de salud. Pese a los grandes esfuerzos para atender a la población se destaca la habilidad del personal de enfermería para trabajar con grupos y aplicar protocolos de atención integral, lo que sugiere una capacidad de adaptación y de trabajo en equipo, elementos fundamentales en contextos comunitarios, donde los problemas son multifactoriales (sociales, ambientales, biológicos).

La atención no se limita a lo puramente clínico, sino que abarca aspectos sociales, ambientales y biológicos, buscando siempre la mejora y la calidad de vida de los usuarios; esto refleja una visión holística de la salud, donde el bienestar es entendido como algo integral. El uso de expresiones como “sería mentirle” y “sin importar el riesgo que corremos” dota al texto de una carga emotiva y de cercanía, invitando al lector a empatizar con la experiencia vivida y a valorar el esfuerzo del personal de enfermería.

[...] El cuidado de enfermería en el centro de salud Tachina, se fundamenta en un trabajo intramural y extramural en donde salimos a la comunidad realizar visitas domiciliarias a través del programa médico del barrio el cual consiste en desarrollar múltiples actividades propias de enfermería, se logra llegar al domicilio donde se han encontrado casos que ameriten del cuidado directo; es el cuidado que quisiéramos fuera más humano y se dificulta brindarlo de manera inmediata.... Se identifica pacientes vulnerables en estado crítico que la mayoría de veces estos se les complica la salida hasta el centro de salud, E3

El párrafo refleja la cotidianidad del personal de enfermería en el centro de salud Tachina, mostrando tanto el trabajo dentro del establecimiento (intramural) como fuera de él (extramural). El hecho de “salir a la comunidad” y realizar visitas domiciliarias evidencia un compromiso que va más allá de las paredes del centro de salud, acercando la atención a quienes más lo necesitan, evidenciándose un compromiso y servicio, con profundo sentido de responsabilidad y vocación; el personal de enfermería no se limita a esperar que los pacientes lleguen, sino que toma la iniciativa de ir a sus hogares, especialmente a través de programas como “médico del barrio”.

Esto demuestra una actitud proactiva y un deseo genuino de cuidar a la comunidad. Se reconoce las dificultades para brindar un cuidado verdaderamente humano e inmediato. La frase “es el cuidado que quisiéramos fuera más humano y se dificulta brindarlo de manera inmediata” revela la frustración y las limitaciones que enfrentan los profesionales, muchas veces por falta de recursos, tiempo o condiciones adecuadas. Es una expresión honesta de las barreras que impiden alcanzar el ideal de atención. Por otra parte, la identificación de la vulnerabilidad identificada en este relato pone énfasis en la identificación de pacientes vulnerables, especialmente aquellos en estado crítico que, por diversas razones, no pueden acudir fácilmente al centro de salud.

Además, esto muestra sensibilidad y empatía hacia las realidades de los pacientes, reconociendo que la accesibilidad sigue siendo un problema, incluso en contextos donde se

intenta acercar la atención. Aunque se reconoce la dificultad para brindar un cuidado plenamente humano, el deseo de hacerlo está presente. Esto habla de una ética profesional centrada en la persona, donde el objetivo es siempre ofrecer el mejor trato posible, aun en condiciones adversas.

El testimonio refleja la experiencia de un profesional de enfermería que trabaja tanto dentro del centro de salud (intramural) como en la comunidad (extramural), especialmente a través de visitas domiciliarias. El relato surge de la vivencia directa, las dificultades y desafíos que enfrenta el personal de enfermería al intentar brindar un cuidado humano y oportuno, especialmente a pacientes vulnerables, hay poblaciones que se encuentran alejadas y con dificultad de acceso a los centros de atención que no pueden desplazarse fácilmente a los mismos.

La enfermera da testimonio de cómo realiza su trabajo, lo importante del mismo, aquí destaca de manera relevante, cómo es su estrategia de trabajo para llegar a quienes más lo necesitan. El trabajo que se realiza está acompañado de frustración y limitaciones, aquí se expresa el deseo de ofrecer un cuidado más humano, pero reconoce las dificultades logísticas y estructurales que impiden una atención inmediata y óptima. Existe ciertos pacientes que se encuentran en estado de vulnerabilidad por su estado crítico, quedan excluidos de la atención regular y requieren estrategias diferenciadas.

La Socióloga Minayo hace ver que la enfermera realiza un enfoque integral y contextual debido a que sostiene que la salud no puede entenderse ni abordarse solo desde el ámbito biomédico, sino que debe considerarse el contexto social, económico y cultural de las personas. El testimonio refleja precisamente esta visión, al mostrar cómo el cuidado de enfermería trasciende las paredes del centro de salud y se inserta en la vida cotidiana de la comunidad.

En este mismo contexto enfatiza la importancia de identificar y priorizar a los grupos más vulnerables. El relato pone en evidencia cómo el personal de enfermería detecta y atiende a pacientes en situaciones críticas, quienes, por su condición, enfrentan barreras adicionales para acceder a la atención. No obstante, la humanización es central en la atención en salud. El testimonio expresa el anhelo de brindar un cuidado más humano, reconociendo las limitaciones del sistema y la necesidad de estrategias que permitan una atención más cercana y empática. Además, señala que los problemas estructurales requieren respuestas colectivas y políticas públicas adecuadas. El testimonio ilustra cómo, a pesar del esfuerzo individual, existen barreras que solo pueden superarse con cambios organizacionales y políticas de salud más inclusivas.

[...]cuidado a la población en especial de aquellos que ameritan una atención especial como es los adultos mayores, considero fundamental brindarles una atención de calidad, siempre buscando empoderarme y hacer todo lo posible para atenderlos de la mejor manera. Además, me esfuerzo por ofrecer educación a la comunidad, sin importar la condición de las personas, llegando incluso a sus hogares y, en ocasiones, exponiéndome a situaciones peligrosas para asegurar que reciban el apoyo necesario.... Siempre trabajar de forma integral es lo recomendado... sin embargo, la falta de personal suficiente a veces obliga a contratar personal sin la experiencia adecuada, lo que puede poner en riesgo la calidad de la atención. E4

Esta narración está escrita desde una voz personal y comprometida, que expresa con sinceridad tanto el deseo de brindar una atención de calidad como las dificultades que enfrenta en el proceso. Se percibe una fuerte vocación hacia el cuidado de poblaciones vulnerables, en especial los adultos mayores, y un esfuerzo constante por empoderarse y mejorar la práctica profesional. Lo expresado es emotivo y cercano, mostrando la realidad compleja y multifacética de la enfermería comunitaria.

Este relato surge de la experiencia directa de quien trabaja en el cuidado comunitario, enfrentando tanto las necesidades específicas de los usuarios como las limitaciones del sistema de salud. La motivación para expresarlo de esta manera radica en la necesidad de visibilizar el

compromiso personal frente a los obstáculos estructurales, como es la falta de personal capacitado, que afecta la calidad del servicio.

El testimonio busca dar voz a las dificultades reales y, al mismo tiempo, mostrar la pasión y el esfuerzo que hay detrás del trabajo diario. El testimonio está expresado con énfasis en el compromiso, el empoderamiento y la exposición a riesgos esto refleja un deseo de humanizar la labor enfermera y de denunciar las condiciones que limitan una atención óptima. La honestidad y la emotividad del relato invitan a la empatía y a la reflexión sobre la importancia de mejorar las condiciones laborales para garantizar un cuidado integral y seguro.

Waldow (1998) aporta un marco teórico que ayuda a entender este testimonio desde una perspectiva crítica y humanista. Ella sostiene que la enfermería debe centrarse en la humanización del cuidado, reconociendo la dimensión social, emocional y ética del trabajo profesional. El relato coincide con esta visión al destacar el compromiso personal y la integralidad en la atención.

Además, señala que las condiciones estructurales y organizativas influyen decisivamente en la calidad del cuidado. La mención en el párrafo sobre la falta de personal capacitado y la contratación de personal sin experiencia refleja precisamente esas barreras que las identifica como un desafío para la enfermería comunitaria. Enfatiza la necesidad de políticas y estrategias que fortalezcan la formación y el reconocimiento del personal de salud para garantizar una atención digna y segura.

Waldow (1998) también señala que el profesional se expone para cumplir con su deber, evidenciando una vocación que trasciende el simple cumplimiento laboral.

[...]Tenemos pacientes con problemas de salud muy grave, nos hace difícil poder llegar a todos los lugares. los familiares los traen hasta acá donde estamos en el centro de salud, debido a que se nos dificulta llegar hasta el lugar donde ellos están, con esfuerzo

llegamos. Buscamos líderes comunitarios, nos ayudan, tienen que desplazarse, por ejemplo, alguna mujer vive en lugares muy, muy extremos, muy lejos, ellos lo sacan, y hay que pagar. Este puede ser por río, por lancha o también hay que pagarles los animales, la mula, los caballos.

Es un relato directo, sencillo y cargado de realidad, expresado con un lenguaje cotidiano y cercano. La enfermera transmite la dificultad palpable para acceder a pacientes con problemas graves de salud, especialmente en zonas geográficamente aisladas y de difícil acceso. Se evidencia un esfuerzo constante y la búsqueda de apoyo comunitario para superar estas barreras, lo que refleja compromiso, perseverancia y una mirada solidaria hacia la población vulnerable. No obstante, este relato surge de la experiencia concreta de quienes trabajan en contextos rurales, donde las condiciones geográficas y económicas dificultan la prestación de servicios de salud. Estas palabras se deben a la necesidad de visibilizar estas dificultades y el esfuerzo que implica garantizar la atención sanitaria, a pesar de las limitaciones.

Además, el testimonio pone en evidencia la importancia del trabajo colaborativo con líderes comunitarios y la comunidad misma para lograr resultados. Se evidencia la intención de comunicar una realidad cruda y cotidiana, sin adornos ni tecnicismos. Esto genera empatía y permite al lector comprender la magnitud del desafío. La mención específica de los medios de transporte (río, lancha, animales) y los costos asociados humaniza aún más la situación, mostrando que el acceso a la salud no es solo un problema clínico, sino también social y económico.

Watson (1975) propone una visión del cuidado centrada en la humanización, la conexión interpersonal y el respeto por la dignidad del paciente. Su teoría enfatiza que el cuidado va más allá de las intervenciones técnicas, involucrando una relación auténtica y compasiva entre el profesional y la persona cuidada.

Por lo tanto, el esfuerzo por llegar a pacientes en lugares remotos teniendo alianzas con líderes comunitarios muestran una preocupación genuina por el bienestar del otro, un principio central que es el compromiso y empatía en la teoría de Watson. Esta teorista reconoce que el cuidado debe adaptarse a las circunstancias y necesidades del entorno.

Aquí, el relato muestra cómo el cuidado se enfrenta a barreras geográficas y económicas, lo que requiere creatividad, flexibilidad y trabajo comunitario. La teoría de Watson también resalta la importancia de considerar al ser humano en su totalidad, como una dimensión social y espiritual del cuidado incluyendo su contexto social y cultural. El testimonio destaca cómo el cuidado involucra no solo la atención médica, sino también la movilización comunitaria y el soporte social, aspectos que enriquecen la experiencia de cuidado.

[...] Cuando llegamos allá ellos se sienten satisfechos. Nos brindan de todo lo poco que tienen, es difícil poder llegar donde ellos debido a los conflictos delictivos que vive actualmente la comunidad. Podemos identificar de manera precisa a los chicos que están metidos en bandas delictivas, debido a que ellos se muestran esquivos, o un tanto amenazantes. Ese comportamiento de ellos nos debilita el trabajo que estamos haciendo, algo muy bonito porque incluso estábamos interviniendo en los barrios con la Universidad. Estamos trabajando con la Universidad Católica porque nos envían a los estudiantes para que realicen las prácticas. Con las bandas delictivas se dan todo tipo de intimidación por esta causa la Universidad se limitan en enviarnos los estudiantes para la realización de las prácticas, entonces allí nos debilitan el trabajo, allí se queda toda esta labor hacia la Comunidad. De poder brindar cuidado domiciliario, porque tenemos acá a la comunidad adulta mayor, darle una atención de cuidado humanizado que ellos necesitan. Porque puede ser que sean personas que tienen sus tierras (fincas). Pero eso no quiere decir que ellos viven con una calidad de vida muy buena. No, la calidad de vida que tienen dentro del hogar es pésima. Entonces, no hay el aseo necesario, la alimentación no es adecuada, teniendo el dinero no compran lo necesario para mantenerse con buena salud pudiendo hacerlo, pero no, no se alimentan bien, entonces toda esa atención que nosotros podríamos darlo. En llegar un poquito más allá no lo podemos hacer porque también hay que resguardar la integridad de nosotros, entonces allí se dificulta. E7

El relato es directo, sincero y cargado de realismo, se expresa con un tono cercano y emotivo, reflejando las vivencias cotidianas del personal de salud que trabaja en una comunidad con altos índices de violencia y pobreza, el testimonio combina aspectos positivos, como la

satisfacción de la comunidad al recibir atención, con las dificultades y riesgos reales que enfrentan los profesionales, como la presencia de bandas delictivas y los episodios de inseguridad; además, se percibe un sentimiento de frustración y preocupación por las limitaciones que estos factores imponen al trabajo de cuidado humanizado.

La narración surge de la experiencia vivida en un contexto social complejo, donde la violencia y la marginalidad afectan directamente la labor de enfermería comunitaria. Se expresa para visibilizar las barreras que impiden brindar una atención integral y de calidad, especialmente en zonas donde la inseguridad limita el acceso y la permanencia de los profesionales y estudiantes en la comunidad. También busca mostrar la realidad de las condiciones de vida de la población, en particular de los adultos mayores, y la necesidad urgente de cuidados humanizados que muchas veces no se pueden ofrecer por razones de seguridad.

El testimonio expresa de forma clara y emotiva como generar empatía y comprensión desde la complejidad del trabajo en contextos vulnerables. La narración incluye detalles específicos como el robo a estudiantes y la actitud amenazante de jóvenes involucrados en actividades delictivas para ilustrar la gravedad de la situación. Esta manera de contar la experiencia busca sensibilizar a quienes leen o escuchan, mostrando que el cuidado en salud no solo depende del conocimiento técnico, sino también de las condiciones sociales y de seguridad que afectan a la comunidad y a los propios cuidadores (Dandicourt, 2018).

Waldow (2014), en su enfoque sobre la enfermería comunitaria, destaca la importancia de comprender el cuidado desde una perspectiva integral que incluye las condiciones sociales, culturales y estructurales que afectan tanto a la población como a los profesionales; su teoría subraya que el cuidado no puede ser aislado del contexto en el que se desarrolla y que la enfermería debe adaptarse a las realidades sociales para ser efectiva.

El testimonio refleja esta visión al mostrar cómo la violencia y la inseguridad son factores estructurales que limitan la capacidad de brindar atención humanizada. También enfatiza también la necesidad de visibilizar y reconocer las dificultades y riesgos que enfrentan los profesionales, lo que contribuye a un análisis más profundo y realista del trabajo comunitario.

Además, la teoría de Waldow (2014) promueve el trabajo interdisciplinario y la colaboración con otras instituciones (como la Universidad Católica mencionada en el relato), reconociendo que la complejidad de los problemas sociales requiere respuestas integrales. Sin embargo, el testimonio evidencia cómo estas colaboraciones pueden verse afectadas por la inseguridad, debilitando el impacto positivo que podrían tener.

Finalmente, destaca la importancia de la dignidad y el respeto en el cuidado, valores que se ven amenazados en contextos donde la violencia y la pobreza deterioran la *calidad* de vida de las personas, como se describe en el párrafo con la situación de los adultos mayores y sus condiciones precarias.

Categoría 2. Actores Sociales Percibiendo el Cuidado Comunitario

Subcategoría 2.1. Percibiendo Cuidado Adecuado e Inadecuado.

Los actores sociales perciben que las enfermeras atienden de manera adecuada, oportuna sus problemas de salud, otras sin embargo distraen su atención en otras actividades y brindan un cuidado inoportuno, y no satisfacen los problemas de salud que presentan. Tal como se evidencia en los siguientes testimonios:

[...] hay enfermeras que si la atienden de manera adecuada no es siempre muchas veces hay enfermeras que ayudan a una buena atención si merecen ser enfermera hay otras que no merecen ser enfermeras porque solamente pasan con el teléfono mandando mensajes conversando entre ellas y uno allí esperando ser atendidos, mientras tanto ella está conversando, uno puede estar con todo el dolor del mundo está esperando que le llegue su turno, muchas veces los médicos en sus consultorios no tienen a ningún paciente y uno tiene que estar ahí esperando todo el día hasta que le puedan atender... Cuando uno va al

centro de salud espera su turno y si le dice a la enfermera señorita, pero estoy con dolor o estoy con fiebre ella responde tiene que esperar su turno A1.

Este es un testimonio crudo y emocional, escrito desde la frustración y la decepción de un enfermero que ha vivido experiencias negativas en un centro de salud. El tono es directo, con un lenguaje coloquial y ejemplos concretos que reflejan una sensación de abandono e injusticia. El narrador contrasta dos tipos de profesionales: enfermeras comprometidas que "merecen serlo" y otras que, según su percepción, incumplen su rol al priorizar conversaciones triviales sobre la atención al paciente. La descripción de situaciones como largas esperas, indiferencia ante el dolor y la falta de empatía transmite una carga emocional intensa, casi de desesperanza. Este testimonio surge de la acumulación de experiencias negativas en un sistema de salud percibido como desigual y deshumanizado. El narrador busca denunciar las fallas en la atención, especialmente la falta de priorización hacia pacientes con urgencias (dolor, fiebre) y la apatía de algunos profesionales. También refleja una crítica social más amplia: la demanda de un trato digno, respetuoso y oportuno en servicios públicos, que muchas veces no se cumple. La mención de médicos "sin pacientes en sus consultorios" mientras la gente espera horas sugiere una disfuncionalidad organizativa que agrava la frustración.

El lenguaje sencillo, las repeticiones ("hay enfermeras que sí... hay otras que no") y los ejemplos cotidianos (uso del teléfono, respuestas frías como "tiene que esperar su turno") buscan generar identificación en el lector. Es una forma de validar la experiencia de miles de personas que han sentido invisibilidad en centros de salud. La expresión "no merecen ser enfermeras" es contundente y deliberada: refleja indignación ante la percepción de que algunos profesionales priorizan su comodidad sobre el deber ético. El relato no solo describe hechos, sino que interpela a la sociedad a reflexionar sobre la calidad humana de quienes ejercen roles sanitarios.

Watson (2009) enfatiza que el cuidado debe basarse en una relación auténtica enfermera-paciente, donde la empatía, la presencia plena y el respeto por la dignidad humana son pilares. Este testimonio contrasta radicalmente con sus postulados:

Watson defiende que el cuidado trasciende lo técnico e incluye conexión emocional. En el relato, las enfermeras que ignoran al paciente violan este principio al no responder a su dolor con compasión. Su teoría rechaza la mecanización del cuidado. La frase “tiene que esperar su turno” sin considerar la urgencia del paciente refleja un sistema rígido que olvida la individualidad de cada persona. Aplicando la ética del cuidado Watson (2009), ella insiste en que la enfermería es una vocación, no solo un trabajo. La crítica a quienes "no merecen ser enfermeras" alude a la ruptura de este compromiso ético, priorizando acciones banales sobre el bienestar del otro.

López (2020) realizó un programa del Centro de Salud Pública de Valencia que promueve la salud entre las poblaciones en situación de vulnerabilidad. La participación de las asociaciones en la formación-acción de agentes de salud de base comunitaria, permite que incorporen la salud en sus agendas y fomenta la participación de las personas con perfil de liderazgo. La educación entre iguales en salud facilita el encuentro y convivencia intercultural con perspectiva de género; son las mujeres las que han participado mayoritariamente en este proceso de formación-acción, liderando la promoción de la salud en su comunidad.

Subcategoría 2.2. Percibiendo Cuidado Humano e Inhumano, Intramural.

Perciben un cuidado no igualitario, con el mismo afecto para todos los pacientes, como seres humanos que son, maltratan a los pacientes. Otras son tan humanas que atienden con cariño, humildad, con amor y vocación de servicio. Brindan cuidado en el centro de salud, no salen a la comunidad. Tal como se evidencia en los siguientes testimonios:

[...] la atención de enfermería es una necesidad sentida que responde a situaciones que se está viviendo la misma que está enfocado en las enfermedades. Se ha protocolizado la atención a la enfermedad; pero no se le da el enfoque holístico los cuidados de enfermería, el cuidado humanizado. De enfermería. Debe de involucrar. Las relaciones entre las diferentes profesionales y entre éste y los usuarios. AS1,1

La expresión es crítica y reflexiva que señala una percepción común en la práctica de enfermería: la atención se centra en la enfermedad y en protocolos estandarizados, dejando de lado un enfoque integral o humanizado. El texto es directo y fragmentado, lo que sugiere una preocupación urgente y cierta frustración por la falta de un cuidado que contemple al paciente como un ser completo, no solo como un diagnóstico. No obstante, el relato surge de la experiencia práctica y la observación crítica de cómo se desarrolla la atención en enfermería, donde predomina la atención biomédica centrada en la enfermedad y sus protocolos, en detrimento de un cuidado más humano y holístico.

Esto puede deberse a la presión institucional, la formación tradicional, o la limitada integración de teorías que promuevan una visión más amplia del cuidado. La preocupación por la carencia de humanización y la necesidad de fortalecer las relaciones entre profesionales y pacientes es un llamado a reorientar la práctica hacia una atención más integral. El estilo fragmentado y directo del relato puede reflejar la urgencia y la importancia que el autor le da a la problemática. La repetición y la estructura incompleta sugieren que el mensaje es más emocional que formal, buscando enfatizar la necesidad de un cambio en la práctica de enfermería.

Además, la forma expresa la tensión entre lo que se hace (protocolos, enfoque en enfermedad) y lo que debería hacerse (cuidado holístico y humanizado), mostrando una inconformidad que invita a la reflexión y al diálogo. El párrafo se conecta directamente con los principios fundamentales de la teoría del cuidado humano de Jean Watson, que enfatiza la importancia de un enfoque holístico, transpersonal y humanizado en la enfermería; donde sostiene que el cuidado debe ir más allá de la simple atención a la enfermedad, involucrando un

compromiso moral y ético que respete la dignidad y la integridad del ser humano en su totalidad (cuerpo, mente y espíritu).

[...]el paciente es un ser de cuidado por tanto la comunicación debe ser efectiva o fluida, esto lo lleva a una atención con un enfoque, holístico que no es la persona versus, una enfermedad, sino que es la persona inserta en una familia, en un trabajo, en una cultura, en una forma de pensar diferente; estos son elementos importantes que se considera en el cuidado humanizado mediante las relaciones entre las diferentes profesionales y entre éste y los usuarios.” AS1,2

El discurso enfatiza la importancia de la comunicación efectiva como base para un cuidado holístico, destacando que el paciente está inmerso en contextos familiares, laborales y culturales que influyen en su salud y bienestar, es coherente y busca sensibilizar sobre la necesidad de un abordaje que integre estas múltiples dimensiones; responde a una necesidad de reivindicar el cuidado humanizado en la práctica enfermera, frente a modelos biomédicos que fragmentan al paciente reduciéndolo a su enfermedad. La expresión es didáctica y comprometida, con un lenguaje claro que busca enfatizar la importancia del enfoque holístico y la comunicación en el cuidado.

Esta forma de expresarse refleja un deseo de sensibilizar y formar a profesionales que reconozcan la complejidad del ser humano y la necesidad de relacionarse con él en sus múltiples dimensiones, promoviendo un cuidado que trascienda lo técnico y protocolar.

El párrafo se vincula profundamente con la teoría del cuidado humanizado de Regina Waldow (1998), que plantea que el cuidado es una forma de ser y relacionarse que reconoce al ser humano en su totalidad, incluyendo sus dimensiones físicas, emocionales, sociales y culturales.

“La atención debe ser empático, saber comprender cuando a la persona se manifiesta con gestos, observar sus limitantes para hacerse entender entonces nosotros debemos aprender de esta forma de comunicarse y llegar un poquito más allá de lo que es una atención inmediata. Y proyectarnos mucho más allá. de manera inmediata y dar atención. sin dejar a un lado el cuidado humanizado. AS1,7

Este relato enfatiza la comunicación no verbal y la sensibilidad del profesional para captar lo que el paciente no puede expresar con palabras, mostrando una preocupación genuina por un cuidado integral y humanizado. Surge de la conciencia de que muchas veces los pacientes comunican su malestar o necesidades a través de gestos que requieren una interpretación empática y atenta.

Además, refleja un aprendizaje continuo para mejorar la calidad del cuidado, enfatizando la importancia del vínculo humano y la comprensión profunda en la relación enfermero-paciente; refuerza la idea de ir más allá de la atención inmediata. Esto puede indicar una intención de enfatizar la importancia de la empatía y el cuidado humanizado como ejes centrales de la enfermería.

Waldow (2009) enfatiza que el cuidado debe ser integral, considerando no solo las necesidades físicas sino también las emocionales, sociales y espirituales del paciente, de ahí que destaca la importancia de comprender los gestos y limitaciones del paciente.

Sobre la comunicación efectiva y la intersubjetividad en el cuidado, donde el enfermero se conecta con el paciente más allá de las palabras. considera el cuidado como un acto moral y ético que involucra valores, actitudes y habilidades para promover la dignidad y el bienestar del ser humano.

[...] considero que. En. Algunas enfermeras se evidencia ese afecto hacia el paciente, pero hay otras que no lo merecen. Atender fuera de sus horas de trabajo. sábado o domingo, se debe dar la medicación. Hay riesgo si... de alguna manera. Ahí se identifica el humanismo que se merece sacarse el sombrero al enfermero, porque ellos brindan la atención a las personas...no es fácil, que de pronto llegue alguien en horas no apropiadas y hay que atenderle de manera inmediata. Porque lo requiere llega insultando a veces y hay que quedarse callado y simplemente brindar la atención nada más." AS2,4

El relato es espontáneo, emotivo y con un tono coloquial que refleja la experiencia directa y cotidiana del profesional de enfermería. Se percibe una mezcla de admiración y

frustración: admiración hacia los colegas que demuestran verdadero afecto y compromiso, y frustración hacia aquellos que no lo hacen o que no merecen tal dedicación. El testimonio pone en evidencia la entrega del personal de enfermería, que muchas veces atiende más allá de sus horarios y bajo condiciones difíciles, incluso enfrentando actitudes hostiles por parte de los pacientes. La narrativa es sincera y refleja la realidad humana y compleja del cuidado en enfermería.

A su vez, surge de la vivencia diaria en el ámbito clínico, donde el personal de enfermería enfrenta desafíos tanto técnicos como emocionales. Se debe a la necesidad de reconocer el esfuerzo y sacrificio que implica brindar atención humanizada, especialmente en circunstancias adversas como trabajar fuera de horario o manejar pacientes difíciles. Este testimonio se relaciona profundamente con la teoría del cuidado humano de Jean Watson, que considera el cuidado como el núcleo esencial de la enfermería, fundamentado en un compromiso moral y ético hacia la persona cuidada. No obstante reconocer y valorar el componente humano y ético del cuidado en enfermería, tal como lo plantea Jean Watson, destacando que la verdadera esencia de la profesión está en el amor y la dedicación hacia quienes se cuidan.

Subcategoría 2.3. Dificultad para Atender a los Pacientes por Difícil Accesibilidad y Población Numerosa.

Los actores sociales perciben que las enfermeras brindan cuidados a los pacientes donde hay accesibilidad, y tiene que apoyarse de movilidad y otros medios de transporte para llegar a las familias y pacientes que requieren atención. Se ilustran con los siguientes testimonios:

[...] La unidad de salud de Majua pertenece a la zona rural de Esmeraldas del distrito de salud 08D01 Esmeraldas con un total de 2000 habitantes aproximadamente misma que por pertenecer a la zona Rural de difícil accesibilidad hacia esta unidad operativa en si sus zonas son bien dispersas teniendo como un alto grado de dificultad el río Esmeraldas para poder cruzar el mismo tienen que usar una gabarra para poder trasladarse a las zonas donde más alejadas poblaciones que se tienen asignadas, por tanto el personal de

enfermería tiene una ardua tarea con respecto a lo que es atención aprovechando que el equipo de ahí tiene que trasladarse a zonas muy dispersas como es la isla San Juan sabiendo que tiene una alta población en este lugar deben de solicitar al Distrito la colaboración de un vehículo 4 X 4 para poder llegar a toda esta zona que corresponde a la isla San Juan A6.

Se da una descripción detallada, y enfocada a las dificultades logísticas y geográficas que enfrenta el personal de enfermería en el Centro de Salud de Majua. Se presenta como un testimonio realista y concreto, que expone las barreras físicas, como la dispersión poblacional y el cruce del río Esmeraldas que complican la atención sanitaria. La narración es lineal, con un tono objetivo, centrado en las condiciones del entorno y en la necesidad de recursos para garantizar el acceso a la población. No se enfatizan emociones explícitas, sino que se evidencia un compromiso profesional ante las adversidades.

Este relato surge de la experiencia práctica del equipo de salud en un contexto rural con características geográficas complejas. Se debe a la necesidad de visibilizar las limitaciones y retos que enfrenta la atención en zonas dispersas y de difícil acceso, esto impacta directamente en la calidad y cobertura del cuidado.

La forma descriptiva y detallada responde a la intención de documentar de manera clara y precisa las condiciones reales que afectan la labor del personal de enfermería. Al usar un lenguaje directo y sin adornos, el relato busca transmitir la complejidad del contexto para justificar la necesidad de apoyo logístico. Esta manera de expresarse también puede reflejar la preocupación por la accesibilidad y la equidad en la atención, aspectos fundamentales en zonas rurales.

En ese mismo contexto se identifica la vinculación estrecha con la teoría del cuidado humanizado de Waldow, que considera el cuidado como una forma de ser y relacionarse, profundamente influenciada por el entorno físico, social y cultural del paciente y del profesional.

Aquí destaca el impacto del entorno en el cuidado, y en este caso, las dificultades geográficas y logísticas de la comunidad de Majua y como está condicionada la práctica enfermera, evidenciando la necesidad de adaptar el cuidado a estas realidades. En otras palabras, el personal debe ser creativo y flexible para brindar una atención que respete las particularidades de cada comunidad. Por lo tanto, debe considerar las condiciones del entorno y la realidad social para ser efectivo, y cómo el profesional de enfermería debe asumir múltiples roles para responder a estas demandas.

Oportunidad de Alianza Humanizadora en el Cuidado Enfermero comunitario desde la percepción de los actores sociales en el cantón Esmeraldas

En este capítulo se presenta la reflexión y la cohesión ilustrada de la alianza humanizadora en el cuidado enfermero, articulando la percepción de los actores sociales en el cantón Esmeraldas de la provincia Esmeraldas país Ecuador, con las vivencias y experiencias de los y las enfermeras que brindan cuidados en la comunidad, en cuanto a la interpretación que cada uno de los participantes manifiestan en relación al cuidado que brindan los profesionales de enfermería, obtenidas a través de las entrevistas a profundidad, las que develaron en las categorías y subcategorías, mismas que constituyen soportes fundamentales de la presente tesis.

Los actores sociales, quienes son receptores del cuidado brindado, y los enfermeros que ejercen la enfermería comunitaria, valoran la atención proporcionada por los profesionales desde perspectivas diversas. Si bien algunos actores perciben que las enfermeras brindan el cuidado humanitario, adecuado, otros perciben una atención no humanística e inadecuada por ser una población dispersa, numerosa y que debilitan el cuidado.

No obstante, el cuidado del enfermero con enfoque comunitario se basa en la comprensión de que la salud de los individuos está intrínsecamente relacionada con su entorno social y familiar. La alianza humanizadora en el cuidado enfermero comunitario se fundamenta en la percepción que tienen los actores sociales sobre la función del enfermero desde el contexto comunitario; esto se refiere a un enfoque que busca integrar la atención de salud con un fuerte componente de humanización, centrando la atención en las relaciones interpersonales y en el respeto por la dignidad de las personas. Se promueve la colaboración entre enfermeros y la comunidad, enfatizando la importancia de entender las necesidades de salud desde un contexto social y cultural.

Esto implica que las enfermeras trabajan no solo en la resolución de problemas de salud, sino también en la creación de alianzas con los habitantes del área concentrada y dispersa de la unidad de salud, realizan un abordaje de manera integral. El cuidado humanizado se logra a través de la construcción de relaciones de confianza entre enfermeras, pacientes y familiares. La toma de decisiones compartidas promueve la inclusión de todos los actores involucrados en la salud comunitaria, esto fortalece la relación entre los profesionales de la salud y la comunidad, identificando y abordando las necesidades de salud de manera más efectiva.

En lo que respecta al contenido de los testimonios, es esencial destacar los aspectos compartidos por ambos grupos, tanto actores sociales como enfermeras en relación con los cuidados humanitarios y no humanizados, cuidados adecuados y no adecuados, atención a una población numerosa, a través del análisis vemos que se puede crear alianzas con enfoque humanitario.

Ha sido mostrado en el contexto actual de la enfermería africana, la Asociación Nacional de Enfermería (ANE) ha experimentado una transformación significativa en su capacidad de

empoderamiento profesional. El análisis de las dinámicas organizativas revela una heterogeneidad notable entre las asociaciones nacionales, donde coexisten estructuras robustas y organizaciones con potencial de desarrollo.

La investigación presente identifica un fenómeno crítico: la necesidad de establecer estrategias de fortalecimiento institucional mediante alianzas estratégicas. Específicamente, se observa que algunas asociaciones pueden beneficiarse sustancialmente de la interacción con organizaciones más consolidadas dentro de su ecosistema profesional. Este enfoque no representa únicamente una estrategia de colaboración, sino una respuesta estructural a las limitaciones identificadas en los sistemas de enfermería regionales.

La transferencia de conocimientos y la construcción de capacidades institucionales se configuran como vectores principales para la transformación profesional. Los resultados preliminares sugieren que tales mecanismos de cooperación pueden constituir un punto de inflexión en la configuración de asociaciones de enfermería más resilientes, adaptativas y centradas en la excelencia del cuidado (Larrain, 2021).

Para Waldow (2008) al cuidar a un paciente, cada pequeño detalle es de gran ponderación. Atender a una persona va más allá de seguir procedimientos o manejar equipos; se trata de entender sus emociones y actuar siempre pensando en su bienestar. Imaginarse el poder captar no solo lo que indican las máquinas, sino también lo que siente y desea esa persona. Las enfermeras, en cierto modo, somos como detectives de la salud: observamos el ritmo del corazón, notamos hasta el más leve temblor en una mano. Cada sonido, por pequeño o triste que sea, lleva un mensaje propio.

El verdadero arte está en ese contacto humano, en calmar a alguien con una palabra amable o en iluminar su miedo con una sonrisa o un gesto de apoyo. Esos momentos no se pueden medir con aparatos, se sienten en el corazón.

Esta labor no siempre es fácil, hay días llenos de alegría y otros que resultan emocionalmente agotadores, como una montaña rusa. Al final del día, volver a casa con la satisfacción del deber cumplido, pero también con el peso de las historias que se ha vivido. Ser enfermera no es solo un trabajo, es una vocación que transforma tanto a quien la ejerce como a quienes recibe ese cuidado.

Alianzas Humanizadoras.

La Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Esmeraldas (PUCE Esmeraldas). Es un aliado importante a través de la cuál de los estudiantes quienes son fuertes aliados para brindar cuidados en la comunidad ya sea por medio de los Centros de Salud y desde allí se desplazan a las localidades concentradas ya sea en área urbana-marginal o rural.

Las redes sociales son beneficiosas para enfermeras y pacientes. Ayudan a conectarse con sus pacientes y estos pueden encontrar apoyo e información de otras personas que están pasando por experiencias similares. Son de apoyo fundamental en la construcción de conexiones sólidas entre profesionales del mismo campo, donde pueden compartir información y corregir errores rápidamente cuando algo sale mal. También pueden ser una forma de fomentar el pensamiento y las acciones positivas.

Cuando las personas tienen problemas de salud similares, pueden reunirse en línea para hablar, compartir historias y apoyarse mutuamente, lo que los hace sentir más fuertes y no aislados. Si bien las redes sociales tienen beneficios para todos, incluidas las enfermeras, también conllevan algunos riesgos.

Desafortunadamente, algunos profesionales de la salud han hecho un mal uso de estas plataformas, lo que ha provocado violaciones de la privacidad, acoso entre colegas, críticas en tiempo real por parte de compañeros de trabajo o jefes y comportamientos que van en contra de las reglas de conducta. Cuando los profesionales de enfermería no siguen las reglas, pueden causar muchos problemas a todos los involucrados, incluyendo aspectos de índole legal o riesgo de pérdida del puesto de trabajo (Barry & Hardiker, 2012).

Alianza con Líderes Comunitarios y/o Actores Sociales. El trabajo de una enfermera actualmente y frente a los conflictos armados que se vive es fuerte, hay que afrontar muchas situaciones difíciles. Para asegurar una atención exhaustiva, es decisiva que las enfermeras del vecindario organicen y armonicen las acciones entre diversos participantes, como jefes comunitarios, grupos de beneficencia y funcionarios municipales. La colaboración permite abordar los desafíos de salud desde diversos ángulos y utilizar recursos combinados, lo que lleva a tratamientos más eficaces y duraderos (Acosta-Salazar, 2016).

Es fundamental buscar estrategias que garanticen la sostenibilidad de las alianzas y los planes de trabajo relacionados con diversas acciones. Para ello, es necesario involucrar a los actores sociales, de modo que se refuerce la importancia del cuidado humanizado. Un aspecto clave en este proceso es establecer canales de comunicación claros entre enfermeros y actores sociales, lo que facilita la identificación de necesidades y prioridades en salud.

La comunicación bidireccional asegura que las intervenciones sean pertinentes y se adapten a las realidades locales. Además, la participación de todos los actores fomenta un entorno inclusivo donde todos se sienten parte integral del proceso de planificación y ejecución de los programas de salud. Esto se puede lograr a través de reuniones regulares, foros comunitarios y encuestas para recoger opiniones (Thomas, 2018).

El cuidado humanizado se refiere a la atención que brindan los enfermeros en los centros de salud en una comunidad; sin embargo, a menudo este tipo de cuidado no se reconoce como tal; es decir, no se percibe la esencia del respeto y la calidez con la que un enfermero debe atender a un paciente. Muchas personas que acuden a estos centros se muestran insatisfechas con el trato recibido, mencionando que los profesionales son despectivos y carecen de afecto, lo que les resulta inhumano.

Para comprender plenamente el cuidado brindado por las enfermeras en la comunidad con enfoque humanístico desde la percepción de los actores sociales, es fundamental reflexionar sobre las ideas de Waldow (1998) respecto a la evolución del ser humano y el surgimiento del cuidado. Desde los albores de la humanidad hasta el presente, las costumbres y comportamientos de diversas culturas han reflejado la importancia del cuidado humano, tanto en la supervivencia en relación con el entorno como en las interacciones entre individuos.

La salud es un beneficio comunitario que necesita la ayuda de todos. Las enfermeras deben construir redes de amistad con los miembros de la comunidad en su trabajo. Estas iniciativas conjuntas son esenciales para reforzar los esfuerzos y las ventajas que conducen al bienestar colectivo, con la salud comunitaria como objetivo principal. “Los profesionales deben involucrar a los residentes en las decisiones relacionadas con la salud” por fomentar un sentido de responsabilidad compartida.

Para facilitar el cuidado integral, los auxiliares de salud comunitarios deben organizar y sincronizar las actividades entre diferentes participantes sociales, incluyendo a los supervisores del vecindario, las agencias independientes y los organismos gubernamentales esta; de modo concreta porque colaboración ayuda a abordar los problemas de salud de muchas maneras y juntos.

La salud es un beneficio compartido que necesita la participación de todos en nuestra sociedad. Debido a esto, es crucial que las enfermeras se conecten con las figuras de autoridad locales que residen dentro de la sociedad y desde su empleo respalden las iniciativas realizadas por los profesionales de la salud, de ahí el papel de la enfermera. "Estas coaliciones son cruciales para reforzar los esfuerzos y las ganancias logradas colectivamente, apuntando principalmente al bienestar comunitario." El trabajo de una enfermera comunitaria es valorar a la comunidad como el actor principal en su propio cuidado de bienestar.

Por lo tanto, es imperativo que los cuidadores involucren a los miembros de la comunidad en la toma de decisiones colectiva con respecto a su bienestar, fomentando un compromiso colectivo de rendición de cuentas.

Alianza Humanizadora con el Programa Médico del Barrio y su Equipo Integral de salud. El programa Médico del Barrio en Ecuador. Es una estrategia de atención médica integral que busca garantizar el acceso equitativo a servicios de salud, especialmente para grupos prioritarios y vulnerables. Este programa se enfoca en la atención domiciliaria y prioritaria, y se implementa a través de equipos de salud que visitan los hogares para identificar y atender necesidades específicas.

La atención consiste en atención puerta a puerta. Equipos de salud, incluyendo médicos, enfermeras y técnicos, visitan los hogares para identificar y atender a personas vulnerables y prioritarias, como mujeres embarazadas, niños menores de 5 años, adultos mayores y personas con discapacidad. Se prioriza la atención a grupos específicos con necesidades especiales, como mujeres embarazadas, niños menores de 5 años, adultos mayores, personas con discapacidad, entre otros.

Se realiza un seguimiento individualizado de los pacientes, identificando sus necesidades y diseñando planes de atención adaptados a sus condiciones. Además de la atención médica, el programa incluye actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, como charlas, talleres y actividades físicas. Se busca la participación de la comunidad en la identificación de factores de riesgo y en la promoción de entornos saludables.

La estrategia de abordaje médico del barrio, surge del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural, prestación de servicios desde el primer nivel, hacia el segundo y tercer nivel de atención en salud, en el marco de la atención primaria en salud renovada, donde las capacidades de cada miembro de los equipos de salud cumplen un trabajo intra y extra mural, donde se garantiza el acceso a los servicios de salud a las personas que durante mucho tiempo han necesitado de una atención prioritaria, de esta manera se contribuye a la reducción de la inequidad existente en la atención de salud de nuestros habitantes.

Siendo la salud fruto del trabajo o empeño que cada individuo, familia, vecindad, barrio o comunidad. Para esto es necesario replantear el trabajo de los equipos de salud, así como sus funciones y manera de actuar para el restablecimiento de esta. (MSP, 2018).

En este sentido, la forma de enseñanza parece ser el camino importante para la verdadera articulación porque, como refiere Freire (2002), es en los movimientos populares organizados en la comunidad que acontecen las grandes transformaciones, pero no reduciendo el proceso de concientización a ciertos métodos y técnicas de enseñanza. Además, el discurso, muestra la importancia y la forma de trabajo interdisciplinar e intersectorial en la práctica comunitaria extramuros.

El agendamiento de citas facilita la programación eficiente de atención médica en centros de primer nivel, permitiendo a los usuarios acceder oportunamente a servicios. Esta estrategia

optimiza la gestión del tiempo para pacientes y personal, promoviendo una atención más fluida y organizada en los establecimientos de salud (MSP, 2018).

Otro aspecto clave en la experiencia de las enfermeras comunitarias es la visita domiciliaria, que detecta, valora, apoya y monitorea problemas de salud del paciente y su familia. Fomenta autonomía, previene crisis por descompensación y eleva la calidad de vida, satisfaciendo necesidades familiares mediante enseñanza de prácticas saludables. La enfermera comunitaria forma recursos humanos en entornos educativos, realiza investigaciones sobre problemas sanitarios locales y promueve salud individual/colectiva. Desde una perspectiva sistémica, sus funciones abarcan la promoción sanitaria a lo largo del ciclo vital (Thomas, 2018).

La Carta de Ottawa (1986) define la promoción de la salud como proceso que empodera comunidades para controlar su bienestar, abarcando dimensiones sociales, ambientales, interpersonales e individuales, junto a políticas públicas, prevención y estilos de vida saludables impulsados por gobiernos comprometidos. Así, individuos y grupos expresan preocupaciones, identifican necesidades y desarrollan estrategias participativas para acciones que mejoren su salud.

La humanización del cuidado enfermero responde a las demandas sanitarias actuales, reconociendo que las enfermedades impactan no solo lo biológico, sino también lo psicológico. Aunque los procedimientos están protocolizados, urge un enfoque holístico que atienda necesidades físicas, emocionales y psicológicas del paciente en su totalidad.

La empatía actúa como puente entre profesionales, pacientes y comunidad, permitiendo comprender emociones y experiencias para forjar relaciones terapéuticas efectivas. Valida sentimientos, fomenta comunicación abierta y genera confianza, mejorando resultados en salud.

Mediante práctica y experiencias reales, siendo empático debe integrarse en la educación enfermera para forjar conexiones profundas, optimizando atención y previniendo agotamiento profesional. El cuidado humanizado posiciona al paciente como centro, fomentando amabilidad, respeto y comunicación fluida entre equipos. Considera al individuo en su totalidad familiar, laboral, cultural, atendiendo necesidades emocionales, sociales y culturales para generar confianza y recuperación.

Jean Watson enriquece este enfoque al trascender la enfermedad, comprendiendo al paciente como ser integral con emociones y entorno. Transforma la rutina en promoción de autocontrol y bienestar holístico.

En la comunidad, humanizar exige articular reflexión-acción y teoría-práctica: la teoría guía, la práctica aplica y la reflexión perfecciona en un ciclo continuo. Una postura crítico-social, con sensibilidad histórica, aborda desigualdades subyacentes, adaptando intervenciones a contextos culturales para equidad y efectividad. Las instituciones deben capacitar en perspectivas holísticas, comunicación abierta y reconocimiento comunitario, elevando el bienestar general.

Capítulo V

Conclusiones, recomendaciones y limitaciones

Conclusiones

El estudio evidencia la alianza humanizadora en el cuidado enfermero comunitario desde la percepción de los actores sociales en el cantón Esmeraldas, Ecuador.

Los actores sociales y enfermeros entrevistados se evidenciaron que las profesionales de enfermería brindan cuidados humanizados que se centran en una relación transpersonal entre enfermero, paciente y familia, los mismos que se realizan dentro de un sistema de salud fragmentado, con desafíos de financiamiento y recursos humanos, que limita su cumplimiento. Evidencian también aspectos personales de las profesionales de enfermería que deben mejorar, es una responsabilidad y compromiso del profesional de enfermería superar la deshumanización, priorizando el contacto humano, la calidez y el afecto, incluso en situaciones críticas; los nuevos cambios que exige la sociedad en el ámbito de la salud evidencian que el profesional de enfermería es la clave para la atención primaria de salud.

De los datos obtenidos de la entrevista semiestructurada, emergieron las categorías: Experiencias de los enfermeros en el ámbito del cuidado comunitario y Actores sociales percibiendo el cuidado comunitario.

Resalta la primera categoría que los enfermeros tienen la experiencia de brindar un cuidado a la comunidad debilitado por sobrecarga laboral que limita ofertar cuidado humanizado, expresado en un inadecuado índice paciente-enfermera. El riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente amerita que los profesionales de enfermería realicen esfuerzos planificados de manera estratégica a fin de rescatar el aspecto humano. El cuidado constituye una experiencia que regenera las energías vitales y potencia las capacidades de las personas, aspectos que

fundamentan la esencia del proceso de cuidar para la enfermería; éste integra el conocimiento biofísico y el profundo conocimiento del comportamiento humano, para ámbitos intra y extramurales, superando la complejidad y las barreras logísticas del sistema sanitario.

Aunado al limitante dado por la demanda e inadecuado estándar de dotación de enferma por grado de dependencia del paciente se suma el reconocimiento tangible de la obligatoriedad de actividades administrativas del sistema de atención relacionados con el manejo de información en los registros clínicos, la programación de la asistencia de la demanda tanto clínica como ambulatoria, elementos reales que restan capacidad para una atención integral, oportuna, segura, continua y humana, inherentes al carácter holístico del cuidado humano.

Los aspectos expresados se traducen en la práctica, en espacios para escuchar activamente las necesidades de los integrantes procedentes de entornos clínicos y comunitarios, única vía de la auténtica comprensión de necesidades sentidas para dar respuestas coherentes con las experiencias humanas de las personas que transitan momentos de salud-enfermedad y ruta para estrechar lazos significativos. Las Acciones generadas de manera directa, influyen en la calidad de atención y la empatía.

Asimismo, vivencian realizando cuidado de enfermería intra y extramural con dificultad, riesgo y esfuerzo. Mediante los cuidados de enfermería intramuros realizan variados procedimientos dentro de un establecimiento de salud centrados en la persona. Estos procedimientos pueden incluir: Promoción, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación, Cuidados paliativos.

A través del cuidado de enfermería extramuros se plasma un modelo de intervenciones llevadas a cabo fuera de los centros de salud. A partir de la identificación de las necesidades de la comunidad se canaliza el desarrollo de estrategias sanitarias de índole preventiva, promocional

o recuperativa. Para la prestación de estos servicios, se forman equipos de salud que realizan acciones de atención integral, prevención y educación. Estos equipos están conformados por profesionales y técnicos en cuyo desempeño prima la empatía y generar la confianza de la población.

Una detallada descripción de las funciones de la enfermería comunitaria, tanto en el ámbito intramuros, como extramuros, aún en espacios de difícil acceso, se abordan aspectos como la educación y promoción de la salud, la detección y control de enfermedades, la atención primaria de salud, la participación comunitaria y la investigación, entre otros.

El cuidado de enfermería en la comunidad comprende un campo de acción de la enfermería enfocado en preservar la salud de la población y proteger a la comunidad. Para ello, las enfermeras comunitarias se apoyan en conocimientos teóricos y habilidades prácticas de enfermería y salud pública, y trabajan en equipo con otras disciplinas.

El cuidado enfermero con enfoque comunitario constituye un modelo de atención que responde a las necesidades de comprender e integrar el cuidado de la salud de las personas, familia y la propia comunidad, dentro del contexto de las relaciones en que viven.

Las enfermeras participantes encuentran que el cuidado de enfermería se realiza dentro y fuera de la unidad de salud, identifican a las familias, realizan acciones específicas con grupos vulnerables en lugares urbanos con dificultad por la accesibilidad, mediante visitas domiciliarias. Refieren que enfermería cumple una ardua labor sin importar la exposición al riesgo. Ellas poseen gran fortaleza y destrezas para atender grupos y aplicar protocolos de atención integral, manejando, identificado problemas sociales ambientales biológicos.

Asimismo, brindan cuidado de enfermería a través del programa médico del barrio para desarrollar múltiples actividades propias de enfermería, logran llegar al domicilio interviniendo

en casos que ameritan del cuidado directo. Se anhela características de cuidado más humano con experiencia clara de dificultad para integrar estos aspectos de manera inmediata. Por otro lado, manifiestan que los líderes comunitarios ayudan a desplazarse a lugares muy alejados para movilizar pacientes, por río, por lancha; a veces en medio de transporte que desplaza animales de carga. Es frecuente la presencia de bandas delictivas que debilitan el trabajo en la comunidad, por limitar el apoyo de voluntarios de la comunidad y estudiantes de enfermería para brindar un buen cuidado humanizado.

En la segunda categoría, destaca en la percepción de los actores sociales acerca del cuidado comunitario realizado por las enfermeras, con las subcategorías: Cuidado de enfermería adecuado e inadecuado. El cuidado de enfermería adecuado se caracteriza por tener una dimensión ética profunda y una benevolencia por la persona humana. Ser responsable del cuidado integral, desde el enfoque de humanización comprende: centrarse en la relación significativa con el otro u otros que viven en familia y comunidades en entornos diversos según geografía, aspectos sociopolíticos, culturales; ser transmisora del cuidado como modo de vida conjugando presencia cuidadora, capacidad para ayudar en el desarrollo de todo el potencial del ser cuidado y a partir de este avance recíproco, transformar el ser de la persona cuidada o integrantes de las comunidades, a un nivel de mayor capacidad de bienestar y calidad de vida. El cuidado se identifica adecuado cuando sus características reales guardan similitud con la esencia del cuidado, expresado en las normas de calidad establecidas en cada país y para los diferentes escenarios del cuidado y es inadecuado cuando se aleja de estas condiciones.

El cuidado humano se expresa cuando los profesionales enfermeros envuelven toda gama de aproximaciones e intervenciones con práctica efectiva del respeto por las personas, sus diferencias interpersonales, culturales, biológicas y mundo económico. De la misma manera, se

disponen a un intercambio comunicativo con mente abierta y constructiva en un marco holístico que reconoce la interculturalidad, espiritualidad y valores de cada contexto en su dimensión histórico, social, política y cultural con libertad y ausencia de prejuicios.

Las visitas domiciliarias detectan, valoran, apoyan y monitorean problemas de salud del paciente y familia, fomentando autonomía y elevando calidad de vida. Los actores sociales confirman su satisfacción y eficacia para recuperar salud post hospitalización.

El estudio evidenció la trascendencia de conocer la precepción de los actores sociales es acerca del cuidado humanizado. La comunidad diversa en sus integrantes comparte las necesidades sentidas a nivel individual y comparte sus impresiones buscando garantizar que las intervenciones de salud sean culturalmente pertinentes, accesibles y efectivas. De ninguna manera es ajena a la experiencia de las dificultades experimentadas en el sistema: la demanda poblacional es alta, la dotación de personal de enfermería es insuficiente, son evidentes las limitaciones logísticas y el desempeño en el cuidado muestra heterogeneidad en algunos equipos de trabajo.

No obstante, existe consciencia de las brechas entre el cuidado actual y el cuidado deseado; hay claridad sobre los mecanismos del área docente asistencial y en el rol de los actores sociales, con miras a fortalecer el cuidado en APS desde la perspectiva humanizadora. Se aúna a esta consciencia de la necesidad de trascender en el ejercicio del cuidado para construir bienestar, protagonismo de las personas involucradas en la mejora de su nivel de salud, compromiso y aprendizaje permanente en autocuidado individual y en comunidad, por lo cual existe una oportunidad significativa de construir una Alianza humanizadora para el cuidado comunitario de enfermería desde la perspectiva de los actores sociales, que permitirá avances para un desarrollo

sostenible, compartido y transformador para la salud y bienestar de los pobladores del Cantón Esmeraldas, desde la perspectiva de los actores sociales.

Enfermería se devela asimismo con gran potencial catalizador y de acompañamiento en el proceso de aprendizaje y transformación de las condiciones actuales de la asistencia sanitaria individual y comunitaria en una interrelación positiva para la persona con ella y por ella en su contexto de vida.

Recomendaciones

Para las Enfermeras

Fortalecer alianzas estratégicas con actores sociales y organizaciones comunitarias. El éxito de la atención en la comunidad depende en trabajar de manera interdependiente.

Para la Comunidad

Organizar mingas comunitarias para facilitar el acceso al centro de salud, en zonas dispersas como las nuestras, el camino al centro puede ser un obstáculo enorme. Formar grupos vecinales para mingas mensuales

APS Local

Organizar rondas de acompañamiento sistemático a veredas remotas, como nexos logístico: programen rondas quincenales con el equipo de salud, asignando guías locales que conozcan los atajos y eviten riesgos como crecidas.

Políticas Institucionales

Capacitar equipos en cuidado humanizado con enfoque intercultural, financiando talleres obligatorios para enfermeras y brigadistas en escucha activa, manejo cultural y manejo del dolor con calidez. Incluyan módulos prácticos en terreno disperso. Gobiernos como el MSP podrían certificarlos, esto humaniza la atención, reduciendo desconfianza y mejorando adherencia.

Limitaciones

Esta investigación cualitativa, centrada en el trabajo de enfermería comunitaria en centros de salud y comunidades dispersas, enfrentó varios obstáculos que limitaron su alcance, aunque no invalidan los hallazgos principales sobre cuidado humanizado y alianzas.

Dificultades logísticas y de tiempo en trabajo de campo, como investigador inmerso, balanceé esto con mis labores en la PUCE Esmeraldas, lo que dilató el período de observación. La pandemia del COVID 19 y el inicio de la criminalidad organizada como también las emergencias locales (como brotes de dengue) desviaron al equipo, limitando triangulación de datos en tiempo real.

Referencias Bibliográficas

- Acosta-Salazar, D., Lapeira-Panneflex, P., & Ramos-De La Cruz, E. (2016). Cuidado de enfermería en la salud comunitaria. *Duazary*, 13(2), 105.
<https://doi.org/10.21676/2389783x.1715>
- Aguilar Aldana, R. M., (2020). El cuidado de familias rurales desde la perspectiva de la enfermera comunitaria (Tesis de maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperado de <https://dspace.unitru.edu.pe/items/a0445a97-8b34-47fa-8c35-231f9887665d>
- Andrade-Pizarro, Lisbeth Madelayne, Bustamante-Silva, Joseline Stefanie, Viris-Orbe, Sandra Maricela, & Noboa-Mora, C.J. (2023). Retos y desafíos de enfermería en la actualidad. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, 7(14), 41-53. <https://doi.org/10.35381/s.v.v7i14.2525>
- Alligood, M. R. (2022). *Modelos y teorías de enfermería* (10ª ed.). Elsevier España; Editorial DRK.
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2008). Constitución de la República del Ecuador. Registro Oficial No. 449. Recuperado de https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf
- ASEDEFE (2024). *Plan de trabajo ASEDEFE 2023-2025*. <https://es.scribd.com/document/755206982/Plan-de-Trabajo-ASEDEFE-2023-2025>
- Barraza, J. Palacios, J. (2018). *Efectividad de la visita familiar a pacientes críticos en la mejora de su salud*. Recuperado de <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/2517>

- Barry, J., & Hardiker, N. R. (2012). Advancing nursing practice through social media: A global perspective. *PubMed*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23036062/>
- Boff, L. (2017). *Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra*. Editora Vozes Limitada.
- Boff, L. (2002). *El cuidado esencial: Ética de lo humano, compasión por la Tierra*. Editorial Trotta.
- Boff, L. (1999). *Saber cuidar: Ética do humano-compaixao pela terra* [Knowing How to Care: Ethics of the Human—Compassion for the Earth]. Petrópolis: Vozes.
- Bonal, P., Harzheim, E., & Casado, V. (2009). La formación de profesionales de salud para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en América Latina y Europa. <https://www.researchgate.net/publication/297281581>
- Cañarte, R., et al., (2025). *Estructura del sistema de salud en Ecuador: Organización y distribución de los establecimientos asistenciales de la red pública integral de salud*. https://www.researchgate.net/publication/397976339_Estructura_del_Sistema_de_salud_en_Ecuador_Organizacion_y_Distribucion_de_los_Establecimientos_Asistenciales_de_la_Red_Publica_Integral_de_Salud
- Cadena Taramuel, E. M. (2023). *El rol de la enfermera comunitaria en la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, frente al Covid-19 en los dispensarios del seguro social campesino de la provincia de Imbabura período 2021* [Tesis de maestría, Universidad Técnica del Norte]. Recuperado de <https://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/13738>
- Constitución de la República del Ecuador (2008). Registro Oficial No. 449, 20 de octubre. Última modificación: 25 de enero de 2021. <https://www.defensa.gob.ec/wp->

content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf

Coronel Pérez, Verónica, & Buñay Cantos, J. (2018). Gestión de los seguros ante desastres naturales en el Ecuador. *Revista Universidad y Sociedad*, 10(4), 199-206. Epub 02 de septiembre de 2018. Recuperado en 04 de septiembre de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202018000400199&lng=es&tlng=es.

CONASA (2023). Guía para la conformación de los Consejos de Salud: Provinciales, Cantonales, Mancomunados y Distritos Metropolitanos Quito. https://www.conasa.gob.ec/wp-content/Curso-CCS-2024/Guia_conformacion_consejos_de_salud.pdf

Dandicourt Thomas, Caridad. (2018). El cuidado de enfermería con enfoque en la comunidad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 34(1), 55-62. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252018000100007&lng=es&tlng=es.

Dandicourt Thomas, Caridad. (2021). Visibilidad de actores sociales sobre los cuidados de enfermería comunitaria a la persona, familia y comunidad. *Revista Cubana de Enfermería*, 37(1), . Epub 01 de marzo de 2021. Recuperado, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192021000100012&lng=es&tlng=es.

Declaración de Alma Ata(1978). *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata*, URSS, The Pan American Health Organization Promoting Health in the

- Americas. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf> <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/9277311>
- Declaración Alma-Ata. (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma Ata (No 1). <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Desarrollo. (2021). Mihsalud: Mujeres, infancia y hombres construyendo salud. Centro de Salud Pública de Valencia. Recuperado de: <https://acocong.org/mihsalud/>
- Díaz Vásquez, M. A. (2021). *Sistematización de experiencias sobre desarrollo rural sostenible: un aporte para la enfermería comunitaria*. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Recuperado: <https://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/7131>
- Enfermería en Desarrollo. (2021). *Salud comunitaria entre iguales* (N.º 28). <https://enfermeriaendesarrollo.es/sin-categoria/salud-comunitaria-entre-iguales/>
- Escobar-Castellanos, Blanca, & Cid-Henriquez, Patricia. (2018). El cuidado de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico en salud. *Acta bioethica*, 24(1), 39-46. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2018000100039>.
- Espinosa Rojas, H. G., Contreras Briceño, I. O. J., Elizalde Ordóñez, H., & Ordóñez Sigcho, M. I. (2022). *Rol de Enfermería en la atención de salud pública: Nursing's Role in public health care*. Revista de Producción, Ciencias e Investigación, 6(44), 1-10. <https://journalprosciences.com/index.php/ps/article/view/565>
- Espinosa, A., et al (2022). *El desempeño de los profesionales de Enfermería*. Revista Cubana De Enfermería, 32(1). Recuperado de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/823/155>

Estupiñan, E. (2013). Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial 2012 – 2022, Alcaldía

Esmeraldas. Disponible en: <https://www.esmeraldas.gob.ec/lotaip/2013/PDyOT-FINAL.pdf>

Naciones Unidas. (2017). Brechas, ejes y desafíos en el vínculo entre lo social y lo productivo.

Segunda Reunión de la Conferencia Regional sobre Desarrollo Social de América Latina y el Caribe. CEPAL.

https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/brechas_ejes_y_desafios_en_el_vinculo_entre_lo_social_y_lo_productivo.pdf

Fraga, C. (2022). *Los cuidados comunitarios en América Latina y el Caribe: Una aproximación a los cuidados en los territorios*. https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2022-11/Cuidados_Comunitarios_09112022.pdf

Flick, U. (2015). El diseño de investigación cualitativa. Ediciones Morata. Recuperado de

<https://archive.org/details/el-diseno-de-la-investigacioncualitativa/page/n7/mode/2up>

Garces, L., & Giraldo, C. (2013). El cuidado de sí y de los otros en Foucault, principio 137

orientador para la construcción de una bioética del cuidado. *Discusiones Filosóficas*, 14(22), 187-201.

<https://revistasoj.s.ucaldas.edu.co/index.php/discusionesfilosoficas/article/view/729/652>

García Guzmán, L. F. (2016). Modelo de enfermería comunitaria. Una propuesta para el abordaje integral de la salud en Nicaragua. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria (RIdEC)*, 9(1), 54-67. Disponible en:

<https://www.enfermeria21.com/revistas/ridec/articulo/27123/modelo->

<https://www.enfermeria21.com/revistas/ridec/articulo/27123/modelo->

- García-Uribe, J. C., Arteaga-Noriega, A. V., y Bedoya-Carvajal, O. A. (2024). La técnica y el cuidado de enfermería: entre deshumanización y tecnificación. *Trilogía Ciencia Tecnología Sociedad*, 16(32), e2996. <https://doi.org/10.22430/21457778.2996>
- Giovanella, L., et al. (2019). *De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental*. Cadernos de Saúde Pública, 35(3), e00012219. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219>
https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2610-80382023000200041
- Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Esmeraldas. (2023). *Provincia de Esmeraldas*. Prefectura de Esmeraldas. <https://prefecturadeesmeraldas.gob.ec/index.php/provincia-de-esmeraldas/>
- Gómez, E. (2012). *La enfermería en Colombia: una mirada desde la sociología de las profesiones*. *Aquichan*, 12(1). Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2081/2648>
- González, A y Santamaría, J (2015). *El Ciclo Del Cuidado: El Modelo Profesional De Cuidado Desde El Enfoque Del Pensamiento*. *Revista ENE de enfermería*, 9(1). Recuperado el 16 de diciembre de 2018, de: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/507>
- González, C. G. C., & Sepúlveda, J. G. M. (2021). Personal and professional characteristics of the primary care nurse in the cultural care of migrant populations. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42, e20200270. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200270>
- Guevara, B., et al (2014). *El cuidado de enfermería: una visión integradora en tiempos de crisis*. *Enfermería Global*, 13(33), 318-327. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100016&lng=es&tlng=es.

- Gusoff, G., et al., (2023). Moving upstream: Healthcare partnerships addressing social determinants of health through community wealth building. *BMC Public Health*, 23, 1824. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16761-x>
- Gunawan, J., Aunguroch, Y., Watson, J., & Marzilli, C. (2022). Nursing administration: Watson's theory of human caring. *Nursing Science Quarterly*, 35(3), 271–273. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35392719/>
- Hernández, N. E., Moreno, C. M., & Barragán, J. A. (2014). *Necesidades de cuidado de la díada cuidador-persona: expectativa de cambio en intervenciones de enfermería*. *Revista Cuidarte*, 5(2), 748-756. Recuperada de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2216-09732014000200006&script=sci_abstract&tlng=en
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.^a ed.). México: McGraw-Hill Education.
- Holguín, Sonnia Apolonia Santos, & Grijalba, Mercedes del Carmen Flores. (2023). El cuidado humanizado de enfermería, una necesidad de la praxis profesional. *Vive Revista de Salud*, 6(16), 93-103. Epub 14 de febrero de 2023. <https://doi.org/10.33996/revistavive.v6i16.209>
- INEC (2022). *Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud – RAS*. Recuperado de: [file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/1.%20Boletin%20Tecnico%20RAS%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/1.%20Boletin%20Tecnico%20RAS%20(1).pdf)
- Izquierdo, E. (2015). *Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana*. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192015000300006.

- Jesus, R, et al. (2017). *Programa Más Médicos: análisis documental de los eventos críticos y posicionamiento de los actores sociales*. Interface-Comunicação, Saúde, Educação. Recuperado de <https://www.scielo.org/article/icse/2017.v21suppl1/1241-1256/es/>
- Jiménez Ocampo, V. F. (2019). *El cuidador principal cuida a la persona con enfermedad rara que limita la movilidad*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional de Colombia]. Repositorio Institucional UN. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/76324>
- Jiménez, W. et al. (2009). *Transformaciones del Sistema de Salud Ecuatoriano* Transformations of health system in Ecuador. Recuperado de <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/download/2530/html?inline=1>
- Lagoueyte Gómez, M. (2015). *El cuidado de enfermería a los grupos humanos*. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud, 47(2), 209-213. Retrieved December 12, 2018, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072015000200013&lng=en&tlng=es.
- Larrain Tavera, G. (2021). *Salud familiar con abordaje sistémico desde las perspectivas de las familias de extrema pobreza del distrito de Reque, Perú*. [Tesis de maestría, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo]. Repositorio de Tesis
- León, C. (2006). *Enfermería ciencia y arte del cuidado*. Revista Cubana de Enfermería, 22(4) Recuperado en 12 de diciembre de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007&lng=es&tlng=es.
- Ley Orgánica de Salud, (2022), Suplemento del Registro Oficial No. 423 , 22 de Diciembre 2006. Normativa: Vigente.

<https://biblioteca.defensoria.gob.ec/bitstream/37000/3426/1/Ley%20Org%20c3%a1nica%20de%20Salud.pdf>

López, M. (2021). *Promoción de salud y educación entre iguales en contextos urbanos de vulnerabilidad*. (Tesis doctoral). Universitat de València. Barcelona, España.

Recuperado de:

<https://www.enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/2564/Promocio%CC%81n%20de%20salud%20y%20educacio%CC%81n%20entre%20iguales%20en%20contextos%20urbanos%20de%20vulnerabilidad.pdf>

Maiz, G. (2019) ¿Por qué es importante la Atención Primaria de Salud? OSEKI Osasun eskubidearen aldeko ekimena-Iniciativa por el derecho a la salud. Disponible en: <https://www.oseki.eus/areas/sistemas-sanitarios-publicos/>

Martín, A., Cano, J., Gené, J. (2014). *Atención Primaria: Principios, organización y métodos en Medicina de Familia* (8va ed.). ELSEVIER.

Mina-Villalta, G. Y., & Sumarriva-Bustinza, L. A. (2023). Enfermería Comunitaria y su Contribución a la Salud Pública en Ecuador. *Revista Científica Zambos*, 2(1), 41-55. <https://doi.org/10.69484/rcz/v2/n1/37>

Minayo, M. C. de S., Deslandes, S. F., & Gomes, R. (2007). *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade* (25.ª ed.). Vozes.

Ministerio de Salud del Perú. (2012, 21 de agosto). *Minsa prioriza fortalecimiento del primer nivel de atención, atención especializada y rectoría en salud* [Nota de prensa]. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/34947-minsa-prioriza-fortalecimiento-del-primer-nivel-de-atencion-atencion-especializada-y-rectoria-en-salud>

Ministerio de Salud Pública. (2022). *Plan Decenal de Salud 2022-2031: Primera edición*. Quito:

Ministerio de Salud Pública. Recuperado de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/07/Plan_decenal_Salud_2022_ejecutivo.18.OK_.pdf

Ministerio de Salud Pública (2020). Código de Ética de la Medicina Ancestral-Tradicional de las

Nacionalidades y Pueblos del Ecuador: Dirección Nacional de Salud Intercultural. Quito

Ecuador. Recuperado de [https://www.salud.gob.ec/wp-](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/12/codigo_de_etica_revision_final_23_12_2020-pdf.pdf#:~:text=De%20la%20misma%20forma%2C%20la%20Ley%20Org%C3%A1nica,proyectos%20y%20modelos%20de%20atenci%C3%B3n%20en%20salud.)

[content/uploads/2020/12/codigo_de_etica_revision_final_23_12_2020-](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/12/codigo_de_etica_revision_final_23_12_2020-pdf.pdf#:~:text=De%20la%20misma%20forma%2C%20la%20Ley%20Org%C3%A1nica,proyectos%20y%20modelos%20de%20atenci%C3%B3n%20en%20salud.)

[pdf.pdf#:~:text=De%20la%20misma%20forma%2C%20la%20Ley%20Org%C3%A1nica,proyectos%20y%20modelos%20de%20atenci%C3%B3n%20en%20salud.](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/12/codigo_de_etica_revision_final_23_12_2020-pdf.pdf#:~:text=De%20la%20misma%20forma%2C%20la%20Ley%20Org%C3%A1nica,proyectos%20y%20modelos%20de%20atenci%C3%B3n%20en%20salud.)

Ministerio de Salud Pública (2015). *Lineamientos para la implementación del modelo de*

atención integral de salud (Acuerdo Ministerial No. 5169). Registro Oficial, Edición

Especial 348,

<https://enlace.17d07.mspz9.gob.ec/biblioteca/juri/LEGSALUD/LINEAMIENTOS%20IMPLEMENTACION%20DEL%20MODELO%20DE%20ATENCION%20INTEGRAL%20DE%20SALUD.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Resolución número 0755 de 2022: Por la*

cual se adoptan la "Política Nacional de Talento Humano de Enfermería y el Plan

Estratégico 2022-2031" para el fortalecimiento del talento humano en salud. Colombia

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%200755%20de%202022_.pdf

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2012). Manual del Modelo de Atención Integral del

Sistema Nacional de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI).

Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública; Dirección Nacional de

Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública. Quito, Ecuador. 209 p. Disponible en:

https://www.hgdc.gob.ec/images/DocumentosInstitucionales/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2017). *Implementación de la estrategia de participación ciudadana en*

salud. https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dn/archivos/ac_0044_2017.pdf

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). Plan Nacional de Desarrollo 2017- 2021- Toda una Vida. Senplades. Quito, Ecuador. Disponible:

<https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/11/PLAN-NACIONAL-DE-DESARROLLO-2017-2021.compressed.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (2020). *Reglamento para establecer la tipología de los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud (Acuerdo No. 00030-2020).*

Registro Oficial No. 248. Ecuador. Recuperado de <https://www.registrooficial.gob.ec/>

Ministerio de Salud Pública, (2021). *Agendamiento de citas*

médicas. <https://www.salud.gob.ec/agendamiento-de-citas-medicas/>

Ministerio de Salud Pública. (2023). Guía de servicios digitales en salud. Acuerdo Ministerial 000014-2021. Reglamento para la implementación de telemedicina y agendamiento digital en el sistema público de salud.

Recuperado de <https://www.salud.gob.ec/servicios-digitales/>

Ministerio de Salud (2011). *Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer nivel de Atención*

2011-2021. Lima-Perú. Disponible en

<http://bvs.minsa.gob.pe/local%20MINSA/1620.pdf>

Ministério da Saúde. (2012). Marco lógico da Política Nacional de Saúde Integral da População

Negra: Uma política do SUS. Brasília: Ministério da Saúde.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marco_logico_politica_populacaonegra.pdf

Ministerio de Salud, (2012). *Minsa prioriza fortalecimiento del primer nivel de atención, atención especializada y rectoría en Salud.*

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/34947-minsa-prioriza-fortalecimiento-del-primer-nivel-de-atencion-atencion-especializada-y-rectoria-en-salud>

Molina, G, (2019). *Funcionamiento y gobernanza del Sistema Nacional de Salud del*

Ecuador. Íconos. Revista de Ciencias Sociales. Recuperado de

http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1390-12492019000100185

Moliner Alvarez-Rayon, P., Díaz Luque, A., & Calvo García, L. (2022). Percepción de los profesionales de la salud sobre la enfermera especialista en familia y comunidad: un abordaje cualitativo. *RqR Enfermería Comunitaria*, 10(3), 52-68. ISSN-e 2254-8270.

Centro de Salud de Villaviciosa, Área Sanitaria V. Asturias; Centro de Salud de Laviada, Área Sanitaria V. Asturias, España.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8935786>

Mundaca Constantino, N. E. (2023). *Percepción de los enfermeros, pacientes y familiares sobre el cuidado de enfermería: Hospital José Soto Cadenillas, Chota* [Tesis de licenciatura,

- Universidad Nacional de Cajamarca]. *Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Cajamarca*. <http://hdl.handle.net/20.500.14074/5568>
- Naciones Unidas. (2017). Brechas, ejes y desafíos en el vínculo entre lo social y lo productivo. Segunda Reunión de la Conferencia Regional sobre Desarrollo Social de América Latina y el Caribe. CEPAL.
- https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/brechas_ejes_y_desafios_en_el_vinculo_entre_lo_social_y_lo_productivo.pdf
- Navarro Peña, Y., & Castro Salas, M.. (2010). Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enfermería Global*, (19) Recuperado en 01 de septiembre de 2024, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004&lng=es&tlng=es.
- Navarrete, R., et al. (2024). Rol de la enfermería en la salud comunitaria. *RECIMUNDO*, 8(1), 445-453. [https://doi.org/10.26820/recimundo/8.\(1\).ene.2024.445-453](https://doi.org/10.26820/recimundo/8.(1).ene.2024.445-453)
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). Participación social en salud: Conceptos y prácticas para la acción. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50392>
- OMS (2023). *Estrategia para la educación en enfermería: Hacia la práctica avanzada*. OPS/OMS. <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-educacion-enfermeria>
- Organización Panamericana de la Salud, (2024). *Reducir el déficit de profesionales de enfermería es fundamental para responder mejor a la próxima pandemia*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/noticias/12-5-2023-reducir-deficit-profesionales-enfermeria-es-fundamental-para-responder-mejor>

Organización Mundial de la Salud. (2023). Atención Primaria de Salud.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

Organización Mundial de la Salud. (1978). Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.

https://www.who.int/publications/almaata_declaration_es.pdf

Ortega Cadena, M. N., & Pantoja Aguirre, E. M. (2021). Enfermería y el cuidado en tiempos de crisis. *Boletín Informativo CEI*, 8(3), 133–137. Recuperado a partir de

<https://revistas.umariana.edu.co/index.php/BoletinInformativoCEI/article/view/2872>

Prias Vanegas, H. E. (2017). Cuidado humanizado: Un desafío para el profesional de enfermería. *Revisalud*, 3(1). Recuperado a partir de

<https://revistas.unisucre.edu.co/index.php/revisalud/article/view/575>

Quishpe Cocha, V. T., & Chipantiza Barrera, M. V. (2023). Ética en enfermería, percepción de los receptores de cuidado. *LATAM Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales Y Humanidades*, 4(1), 1–12. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i1.218>

Roa Lizcano, K. T. (2023). *Cuidado básico de enfermería: relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional* [Tesis doctoral, Universidad Nacional de Colombia].

Dirección de tesis: R. V. González Consuegra. Recuperado de

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/dctes?codigo=329103>

Rodríguez, S., Cárdenas, M., Pacheco, A. L., Ramírez, M., Ferro, N., & Alvarado, E.

(2017). *Reflexión teórica sobre el arte del cuidado*. Enfermería

Universitaria. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9744147>

Santos, G., et al., (2019). *Learning experiences in community health of nursing students.*

Revista Brasileira de Enfermagem, 72(4), 841–847. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0410>

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (2014). La desconcentración del Ejecutivo en el Ecuador. Senplades. Quito, Ecuador. Disponible: <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/2015/04/La-desconcentraci%C3%B3n-del-Ejecutivo-en-el-Ecuador.pdf>

SENPLADES (2017). Plan Nacional de Desarrollo 2017–2021: Plan Nacional Toda una Vida.

Recuperado de: <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-Toda-una-vida-2017-2021.pdf>

Sosa, L. (2021). Plan de desarrollo y ordenamiento territorial 2022-2033. Alcaldía de

Esmeraldas, Ecuador. Disponible en:

<file:///C:/Users/Lenovo/Documents/De%20Dra%20Yolanda%2020%20de%20julio/REFERENCIAS%20DE%20TESIS%20MAVI/Plan%20de%20desarrollo%20y%20ordenamiento%20territorial%202022-2033.pdf>

Tejeda Dilou, Y. (2021). La humanización del cuidado enfermero del anciano en estado de necesidad en la comunidad. *Revista Cubana de Enfermería*, 37(1), . Epub 01 de marzo de 2021. Recuperado, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192021000100017&lng=es&tlng=es)

[03192021000100017&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192021000100017&lng=es&tlng=es)

Thomas, D (2018). *El cuidado de enfermería con enfoque en la comunidad.* *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252018000100007&script=sci_arttext&tlng=pt

UNICEF. (2016, agosto). *Estrategias de salud para el 2016–2030*. Programme Division,

UNICEF. New York, NY. Recuperado de <https://www.unicef.org/>

- Urta, E., et al. (2011). *Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Ciencia y enfermería*. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-95532011000300002&script=sci_arttext&tlng=e
- USAT. https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/4273/1/TD_LarrainTavaraGiovanna.pdf
- Valverde, L. (2023) Participación comunitaria en el cuidado de la salud, Comunidad de San José de la Playa, Parroquia El Valle, Cuenca Ecuador <https://restdspace.ucuenca.edu.ec/server/api/core/bitstreams/25cd309a-2dad-4673-ba2a-48fd8b840a4c/content>
- Vargas Gutiérrez, G. H., & Hernández Latorre, L. M. (2014). Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. *Enfermería Universitaria*, 11(4), 146-156. <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-una-mirada-fenomenologica-del-cuidado-S1665706314709273>
- Vega Ramírez, O. L. (2016). Agencia de autocuidado según el modelo de Dorothea Orem en docentes de la Universidad de Caldas [Tesis doctoral, Universidad de Caldas]. Repositorio Institucional UDES. <https://repositorio.udes.edu.co/handle/001/1234>
- Vega T, Arrieta E, et, al. (2011). *Atención sanitaria paliativa y de soporte de los equipos de atención primaria en el domicilio. Elsevier*. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911111000471>
- Vignolo, Julio, Vacarezza, Mariela, Álvarez, Cecilia, & Sosa, Alicia. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11. Recuperado, de

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es.

Vilarrubias Darna, M. (2017). *Cuidados al final de la vida perinatal en la unidad de sala de partos: Estudio cualitativo fenomenológico de las experiencias vividas y necesidades percibidas por los padres* [Tesis doctoral, Universidad]. Repositorio Institucional. <https://www.tesisenred.net/handle/10803/461077?locale-attribute=es#page=1>

Villaviciosa, Área Sanitaria V. Asturias; Centro de Salud de Laviada, Área Sanitaria V. Asturias, España. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8935786>

Waldow, R (2009). *Enseñanza de enfermería en el cuidado*. Aquichan, 9(3),246-256. [fecha de Consulta 15 de diciembre de 2020]. ISSN: 1657-5997. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=741/74112147005>

Waldow, V. R. (2014). *Nursing: the care practice from a philosophical point of view*. <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/26180>

Waldow, V. R. (1998). *Cuidar: expresión de la enfermería*. Universidad de Antioquia. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/34947-minsa-prioriza-fortalecimiento-del-primer-nivel-de-atencion-atencion-especializada-y-rectoria-en-salud>

Waldow, V., & Borges, R. (2008). El proceso de cuidar según la perspectiva de la vulnerabilidad. *Revista Latino-Am Enfermagem*, 16(4), 1-8. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/pbtdSFQWQxRhKrBvwKxHGsk/?format=pdf&lang=es>

es

Watson, J. (2013). *Filosofía y teoría del cuidado transpersonal*. Teorías filosóficas. <http://teoriasfilosoficasenfermeria.blogspot.com/2013/05/filosofia-y-teoria-del-cuidado.html>

Watson, J. (2009). *Teoría del cuidado humano*. Editorial Médica Panamericana.

Watson, J. (1999). *Nursing human science and human care*. Jones and Bartlet Publishers.

https://books.google.com.pe/books?id=J1yWpFKQd3oC&printsec=frontcover&source=gb_book_other_versions_r&cad=4#v=onepage&q&f=false

Apéndices

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
Escuela de Posgrado
Unidad de Posgrado Ciencias de la Salud

Guía de entrevista-Enfermeras

Introducción: Estimado/a, Licenciada es un placer tener su presencia, misma que es de un gran valor para la presente investigación, la que tiene por finalidad recoger información sobre la oportunidad de alianza humanizadora en el cuidado enfermero comunitario desde la experiencia de las enfermeras en el cantón Esmeraldas. Agradeciéndole de antemano su gentil colaboración.

I. Datos generales:

Fecha: ____/____/____

Nombre del entrevistado: _____

Sexo: F ____ M ____

Edad: _____

Institución y área en la que labora: _____

Cargo: _____ Años de labor: _____

II. Datos específicos:

1. ¿Cuáles son las experiencias del cuidado comunitario que realiza?
2. ¿Qué aspectos importantes del cuidado comunitario se rescata de las experiencias descritas?
3. ¿Qué oportunidades visualiza para una alianza humanizadora con los actores sociales con el cuidado enfermero comunitario?
4. ¿Cómo se implementaría la alianza humanizadora entre enfermeros y actores sociales para favorecer el bienestar de la comunidad?

Apéndice B: Guía de entrevista-Actores sociales

Introducción: Estimado/a, participante, es un placer tener su presencia, misma que es de un gran valor para la presente investigación, la que tiene por finalidad recoger información sobre la oportunidad de alianza humanizadora en el cuidado enfermero comunitario desde la experiencia de las enfermeras en el cantón Esmeraldas. Agradeciéndole de antemano su gentil colaboración.

III. Datos generales:

Fecha: ____/____/____

Nombre del entrevistado: _____

Sexo: F ____ M ____

Edad: _____

Institución y área en la que labora: _____

Cargo: _____ Años de labor: _____

IV. Datos específicos:

1. ¿Cómo percibe el cuidado comunitario que realizan las enfermeras?
2. ¿Qué oportunidades visualiza para una alianza humanizadora con los actores sociales con el cuidado enfermero comunitario?
3. ¿Cómo se implementaría la alianza humanizadora entre enfermeros y actores sociales para favorecer el bienestar de la comunidad?

Apéndice C: Consentimiento informado

Al estar desarrollando el proyecto investigativo titulado: Oportunidad de alianza humanizadora en el cuidado enfermero comunitario desde la experiencia de los actores sociales en el cantón Esmeraldas, después de haberseme explicado en que consiste el procedimiento a realizar el cual , proporciono mi autorización a los investigadores de los Centros de Salud y comunidades del cantón Esmeraldas para realizarme la entrevista misma que será grabada a través de la herramienta plataforma virtual zoom, grabada , asegurándome que la información proporcionada se le dará estricta confidencialidad y que será utilizada rigurosamente con fines de la investigación.

A continuación, debe firmar su aceptación:

Nombres y Apellidos: _____

C.I: _____

Firma: _____

CI: del Investigador. _____

Firma del investigador. _____

Apéndice D: Matriz de Codificación

Significados y códigos de las Enfermeras y actores sociales

ENFERMERAS		
Significados	Color	Códigos
Recarga de trabajo que debilita dar una atención como es debido.	Marrón	E1
El trabajo que hacemos es dentro y fuera de la unidad de salud, identificamos las familias, grupos vulnerables	Amarillo	E2
Se brinda cuidado en colaboración con la policía	Rojo	E2
Las licenciadas no atienden con amor	Rojo oscuro	A2
Realizando cuidado de enfermería intra y extramural	Gris claro	E3
Llegando a los hogares y, en ocasiones, exponiéndose a situaciones peligrosas para asegurar que reciban el apoyo necesario los pacientes	Verde claro	E4
Dificultad para el cuidado de todos los pacientes graves	Verde	E5
El uso de Protocolos desborda el trabajo humanizante	Azul claro	E6
Es difícil poder llegar donde ellos debido a los conflictos delictivos que vive actualmente la comunidad,	Azul	E7
Se limita el cuidado humanizado	Gris	E8
ACTORES SOCIALES		
Significados	Color	Códigos

Perciben los actores que las Enfermeras brindan cuidado en forma adecuada e inadecuada	Amarillo	A1
Cuidado con alto riesgo	Rojo	A5
El paciente es un ser de cuidado por tanto la comunicación debe ser efectiva, esto lo lleva a una atención con un enfoque, holístico.	Verde	A2
Cuidado con humanismo	Azul claro	A2
Enfermera brinda cuidado intramuro solamente dentro del centro de salud.	Naranja	A3
Brindan cuidado inmediato	Fucsia	A4
Apoyo para brindar un cuidado más humanizado	Celeste	A4
Cuidado con alto riesgo	Turquesa	A5
Dar atención. sin dejar a un lado el cuidado humanizado.	Gris	A7
Difícil accesibilidad	Oro	A7

Fuente: Elaboración propia

Apéndice E: Autorización de la Entidad

Esmeraldas 16 de junio de 2021

Dr. Hardy Morales Zambrano

Director Distrito de Salud 08D01 Esmeraldas

En su despacho,

Por medio de la presente, yo, Marilyn Vila Maffare, estudiante del doctorado en Enfermería de la Universidad Peruana Unión en la ciudad de Lima- Perú, me permito solicitar de la manera más respetuosa la autorización para realizar la aplicación de entrevistas a enfermeros y líderes comunitarios en este distrito del cantón que Usted acertadamente dirige desde salud, la misma tiene por finalidad recoger información sobre la oportunidad de alianza humanizadora en el cuidado enfermero comunitario desde la experiencia de las enfermeras en el cantón Esmeraldas.

Es importante mencionar que la información obtenida será utilizada únicamente con fines académicos, garantizando en todo momento la confidencialidad, el anonimato y el respeto de los participantes, de acuerdo con los principios éticos de la investigación en salud. La participación de las personas entrevistadas será completamente voluntaria, previa explicación del propósito del estudio.

Por la atención que brinde a la presente le reitero mi consideración y estima

Atentamente

Lic. Marilyn Vila Maffare Mgt.

Apéndice F: Matriz de categorización

Núcleo de sentido, testimonio y códigos de Las Enfermeras y actores sociales participantes

Núcleo de sentido	Testimonios -Enfermeras	Códigos
Recarga de trabajo debilita dar una atención como es debido.	<i>[...] El trabajo que realiza una enfermera para una población numerosa no abastece. Es difícil dar cuidado, se hace lo que se puede de manera rápida, utilizamos la agendación, es imposible darle toda la atención de manera inmediata a los pacientes brindando todos los cuidados que se nos enseña en la universidad, el protocolo de atención se refiere a una atención integral, Quizás la recarga de trabajo debilita dar una atención como es debido.</i>	E1
El trabajo que hacemos es dentro y fuera de la unidad de salud, identificamos las familias, grupos vulnerables	<i>[...]El trabajo que hacemos es dentro y fuera de la unidad de salud, identificamos las familias y damos información para poder realizar acciones específicas con determinados usuarios en ciertos lugares urbano y pese a ser urbano se nos dificulta el trabajo debido a la accesibilidad, e igualmente acudimos a las visitas domiciliaria... Sería mentirle al decir que llegamos a todos los lugares, enfermería cumple una ardua labor sin importar el riesgo que corremos, más como tenemos habilidad para atender grupos de esta manera podemos aplicar los protocolos de atención integral manejando identificados problemas sociales ambientales biológicos que tú mejoramiento y una mejor calidad E2</i>	E2
Se brinda cuidado en colaboración con la policía	<i>Difícil ingresamos con la colaboración de la policía no podemos nosotros solo trabajar, trabajar con aliados E2</i> <i>Si debe haber aliados en el trabajo se supone que para poder dar una atención integral a la familia la persona de la comunidad debe contar con instancias tanto públicas como privadas que permitan poder hacer pues alguna captación para la atención integral en el paciente un ejemplo muy claro es una comunidad un paciente una familia donde la accesibilidad es difícil ingresamos con la colaboración de la policía no podemos nosotros solo trabajar E2</i>	E2
Las licenciadas no atienden con amor	<i>Una de las cosas que me llama mucho la atención es que algunas enfermeras antes eran auxiliares de enfermería y atendían con cariño eran más humildes, con más servicio al paciente con más amor, pero ahora cuando ya han obtenido el título como licenciadas en enfermería son arrogantes, no hay humanismo. Ellas ya no atienden con amor al paciente, sino que, pues se podría decir como que se engrandecen, creen que el paciente no ve que ellas</i>	A2

	<i>están ahí para el servicio del paciente; maltratan al paciente porque pueden ver que el paciente se está quejando deberían por lo menos preguntarle con amor con paciencia y veo que no hay esto no hay este amor al paciente ni a la profesión. A2</i>	
Realizando cuidado de enfermería intra y extramural	<i>[...]El cuidado de enfermería en el centro de salud Tachina, se fundamenta en un trabajo intramural y extramural en donde salimos a la comunidad realizar visitas domiciliarias a través del programa médico del barrio el cual consiste en desarrollar múltiples actividades propias de enfermería, se logra llegar al domicilio donde se han encontrado casos que ameriten del cuidado directo; es el cuidado que quisiéramos fuera más humano y se dificulta brindarlo de manera inmediata... Se identifica pacientes vulnerables en estado crítico que la mayoría de veces estos se les complica la salida hasta el centro de salud, E3</i>	E3
Llegando a los hogares y, en ocasiones, exponiéndose a situaciones peligrosas para asegurar que reciban el apoyo necesario Cuidado integral es lo recomendado	<i>[...]cuidado a la población en especial de aquellos que ameritan una atención especial como es los adultos mayores, considero fundamental brindarles una atención de calidad, siempre buscando empoderarme y hacer todo lo posible para atenderlos de la mejor manera. Además, me esfuerzo por ofrecer educación a la comunidad, sin importar la condición de las personas, llegando incluso a sus hogares y, en ocasiones, exponiéndome a situaciones peligrosas para asegurar que reciban el apoyo necesario.... Siempre trabajar de forma integral es lo recomendado... sin embargo, la falta de personal suficiente a veces obliga a contratar personal sin la experiencia adecuada, lo que puede poner en riesgo la calidad de la atención. E4</i>	E4
Dificultad para el cuidado de todos los pacientes graves	<i>[...]Tenemos pacientes con problemas de salud muy grave, nos hace difícil poder llegar a todos los lugares. los familiares los traen hasta acá donde estamos en el centro de salud, debido a que se nos dificulta llegar hasta el lugar donde ellos están, con esfuerzo llegamos. Buscamos líderes comunitarios, nos ayudan, tienen que desplazarse, por ejemplo, alguna mujer vive en lugares muy, muy extremos, muy lejos, ellos lo sacan, y hay que pagar. Este puede ser por río, por lancha o también hay que pagarles los animales, la mula, los caballos. E5</i>	E5
Protocolos desborda el trabajo humanizante	<i>[...] el trabajo en la aplicación de los protocolos desborda el trabajo humanizante, ya que al estar en contacto con el individuo, familia y comunidad nos hace más empáticos y solidario. El proceso de atención que incluye desde una charla individual o comunitaria, hasta el enfoque específico de atención a grupos vulnerables, como adultos mayores, niños con problemas de desnutrición, dónde el enfoque humanizado está en procurar cubrir sus necesidades de salud, pero gestionando o motivando a sus</i>	E6

Acciones generadas de manera directa, influyen en la calidad de atención y la empatía	requerimientos sociales. Poder escuchar activamente las necesidades de los integrantes de un entorno comunitario o familiar, estrecha lazos entre nuestros pacientes o comunidad. Acciones generadas de manera directa, influyen en la calidad de atención y la empatía E6.	
Es difícil poder llegar donde ellos debido a los conflictos delictivos que vive actualmente la comunidad, Apoyo limitado de la universidad Identificación de familias Identificación de pacientes en estado crítico *	[...]Cuando llegamos allá ellos se sienten satisfechos. Nos brindan de todo lo poco que tienen, es difícil poder llegar donde ellos debido a los conflictos delictivos que vive actualmente la comunidad. Podemos identificar de manera precisa a los chicos que están metidos en bandas delictivas, debido a que ellos se muestran esquivos, o un tanto amenazantes. Esta manera de comportarse para sentirse fuerte en el territorio y así lograr; para que los identifique de alguna manera, amedrantando, haciendo ver que debemos tenerle temor debido a la condición que ellos tienen. Ese comportamiento de ellos nos debilita el trabajo que estamos haciendo, algo muy bonito porque incluso estábamos interviniendo en los barrios con la Universidad. Estamos trabajando con la Universidad Católica porque nos envían a los estudiantes para que realicen las prácticas. Tuvimos un acontecimiento fuerte porque las chicas estaban trabajando. bueno, de un rato a otro subieron personas y les robaron a todos los chicos y fue algo muy, muy fuerte porque les robaron a todos ellos lo que se cargaban en ese momento, claro está, tal vez si los estudiantes obedecieran de no llevar cosas de valor quizás no hubiese pasado esto. Se les indica que cosas de valor no deben cargar en la comunidad, pero de igual manera algunos lo utilizan. Entonces, ya desde la Universidad se ha limitado en enviarnos los estudiantes para la realización de las prácticas, entonces allí nos debilitan el trabajo, allí se queda toda esta labor hacia la Comunidad. De poder brindar cuidado domiciliario, porque tenemos acá a la comunidad adulta mayor, darle una atención de cuidado humanizado que ellos necesitan. Porque puede ser que sean personas que tienen sus tierras (fincas). Pero eso no quiere decir que ellos viven con una calidad de vida muy buena. No, la calidad de vida que tienen dentro del hogar es pésima. Entonces, no hay el aseo necesario, la alimentación no es adecuada, teniendo el dinero no compran lo necesario para mantenerse con buena salud pudiendo hacerlo, pero no, no se alimentan bien, entonces toda esa atención que nosotros podríamos darlo. En llegar un poquito más allá no lo podemos hacer porque también hay que resguardar la integridad de nosotros, entonces allí se dificulta. E7	E7
Se limita el cuidado humanizado	“Al trabajar en salud he obtenido experiencia, y que me permite dar una atención integral. Y decimos que la atención Como es integral ahí está inmerso el cuidado humanizado, pero yo últimamente he recibido cursos donde realmente darle una atención a un paciente no está	E8

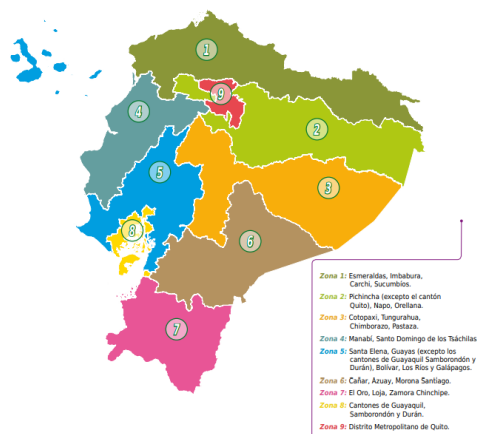
	<i>involucrado el cuidado humanizado como tal, porque es más profundo. Y acá en la Comunidad, a veces es muy difícil dar un cuidado humanizado. Debido a la distancia que tenemos entre el paciente y la casa de salud.”</i> Enfermera 8,1 <i>“El acceso para llegar pronto hasta el Centro de Salud es dificultoso para la población dispersa. Muchas veces tienen que desplazarse de lugares lejanos el esfuerzo que hace el paciente o familiar al traer el paciente acá para la atención es enorme. Y a veces también nos toca desplazarnos hasta donde ellos viven. Y realmente es doloroso caminar a estas comunidades, Una quiere renunciar porque las comunidades son dispersas. Hay que caminar horas porque acá no hay transporte, solamente un carro que te lleva hasta la ciudad.”</i> Enfermera 8,3	
Núcleo de sentido	Testimonios- actores sociales	Códigos
Perciben los actores que las Enfermeras brindan cuidado en forma adecuada e inadecuada	<i>[...] hay enfermeras que si la atienden de manera adecuada no es siempre muchas veces hay enfermeras que ayudan a una buena atención si merecen ser enfermera hay otras que no merecen ser enfermeras porque solamente pasan con el teléfono mandando mensajes conversando entre ellas y uno allí esperando ser atendidos, mientras tanto ella está conversando, uno puede estar con todo el dolor del mundo está esperando que le llegue su turno, muchas veces los médicos en sus consultorios no tienen a ningún paciente y uno tiene que estar ahí esperando todo el día hasta que le puedan atender... Cuando uno va al centro de salud espera su turno y si le dice a la enfermera señorita, pero estoy con dolor o estoy con fiebre ella responde tiene que esperar su turno A1.</i>	A1
Cuidado con alto riesgo	<i>El trabajo que he podido ver lo que hacen los enfermeros es arduo Considero que es muy de valientes ...me ha tocado palpar muchas veces ver como los enfermeros llegan a su lugar de trabajo. Cómo llegan a una determinada casa y se encuentran asustados porque no saben cómo salir de allí frente a estos encuentros de las bandasestá haciendo su labor de manera cómo debe de ser y sin embargo después de un tiempo nos hemos enterado de que la licenciada tuvo que irse porque la estaban amenazando de muerte Entonces esto totalmente frustrante para para nosotros como como moradores también porque estamos ahí perenne ver la manera de cómo ayudarles no podemos porque también estamos siendo amenazados por estas personas entonces ellas se desplazan hacia los lugares donde necesitan ayuda ir a visitar a personas ancianas que que requieren de ayuda porque no pueden movilizarse porque tienen están con la</i>	A5

	<i>presión alta tienen diabetes y no pueden movilizarse y frente a todo esto también la comunidad no no llega incluso a los centros de salud prefiere alejarse irse a otro lugar hacerse atender sin embargo ellos los estos profesionales tienen que estar ahí pendiente de la de la población de quién necesita ayuda me tocó ver como un grupo de enfermeros médicos iban a una a un determinado lugar a hacer visitas y luego se encontraron que acorralado frente a una balaceras que se dio y esto tuvimos que ver la manera de cómo ayudarles para que llegara porque estaban nerviosos y no sabían qué hacer entonces ----Y es que sí deben tener más apoyo más apoyo para frente a la labor que ellos están desempeñando A5</i>	
El paciente es un ser de cuidado por tanto la comunicación debe ser efectiva o fluida, esto lo lleva a una atención con un enfoque, holístico que no es la persona versus, una enfermedad	<i>[...]el paciente es un ser de cuidado por tanto la comunicación debe ser efectiva o fluida, esto lo lleva a una atención con un enfoque, holístico que no es la persona versus, una enfermedad, sino que es la persona inserta en una familia, en un trabajo, en una cultura, en una forma de pensar diferente; estos son elementos importantes que se considera en el cuidado humanizado mediante las relaciones entre las diferentes profesionales y entre éste y los usuarios.” AS,2</i>	A2
Cuidado con humanismo	<i>[...]Considero que algunas enfermeras se evidencia ese afecto hacia el paciente, pero hay otras que no lo merecen</i>	A2
La enfermera que trabaja en la comunidad normalmente no sale a la comunidad, da una atención dentro del centro de salud	<i>[...]La enfermera que trabaja en la comunidad normalmente, llega a su trabajo cumple sus horas dentro de la institución no sale a la comunidad, da una atención dentro del centro de salud de acuerdo a los pacientes que han llegado allí; se separa los turnos por medio de llamada de un día, tres días o una semana, nos atiende y ya si podemos ir al centro de salud para recibir la atención como ella está sola allí es que nos prepara a veces está como con coraje y a veces se siente como una apatía hacia las personas no hay esa sonrisa para atender no porque nosotros acudimos allí nos deben tratar como les da la gana, yo acudo allí al centro de salud porque no tengo dinero como para irme atender a otro lugar entonces por esa razón estoy en el centro de salud A3</i>	A3
Brindan cuidado inmediato	<i>....no es fácil, que de pronto llegue alguien en horas no apropiadas y hay que atenderle de manera inmediata. Porque lo requiere llega insultando a veces y hay que quedarse callado y simplemente brindar la atención nada más.” AS4</i>	A4
Apoyo para brindar un cuidado más humanizado	<i>Claro que sí, la ayuda sería muy necesaria así aliviaría el trabajo de la enfermera y ella no pensaría en la sobrecarga al realizar sus actividades, se mostraría más cariñosa, llegaría más seguido a los enfermos que están en casa y no pueden venir al centro de salud</i>	A4

Cuidado con alto riesgo	<i>El trabajo que he podido ver lo que hacen los enfermeros es arduo Considero que es muy de valientes ...me ha tocado palpar muchas veces ver como los enfermeros llegan a su lugar de trabajo. Cómo llegan a una determinada casa y se encuentran asustados porque no saben cómo salir de allí frente a estos encuentros de las bandasestá haciendo su labor de manera cómo debe de ser y sin embargo después de un tiempo nos hemos enterado de que la licenciada tuvo que irse porque la estaban amenazando de muerte Entonces esto totalmente frustrante para para nosotros como como moradores también porque estamos ahí perenne ver la manera de cómo ayudarles no podemos porque también estamos siendo amenazados por estas personas entonces ellas se desplazan hacia los lugares donde necesitan ayuda ir a visitar a personas ancianas que requieren de ayuda porque no pueden movilizarse porque tienen están con la presión alta tienen diabetes y no pueden movilizarse y frente a todo esto también la comunidad no llega incluso a los centros de salud prefiere alejarse irse a otro lugar hacerse atender sin embargo ellos los estos profesionales tienen que estar ahí pendiente de la de la población de quién necesita ayuda me tocó ver como un grupo de enfermeros médicos iban a una a un determinado lugar a hacer visitas y luego se encontraron que acorralado frente a una balaceras que se dio y esto tuvimos que ver la manera de cómo ayudarles para que llegara porque estaban nerviosos y no sabían qué hacer entonces ----Y es que sí deben tener más apoyo más apoyo para frente a la labor que ellos están desempeñando A5</i>	A5
Comunicación para el cuidado	<i>[...]Las actividades que realizan las enfermeras en los centros de salud es una labor ardua, sobre todo en el área rural, muchos factores a considerar en la atención que brindan en los centros de salud siendo una de las principales acciones es la comunicación y coordinación con el ECU 911 para planificar recursos en caso de emergencias. El trabajo en los centros de salud implica una estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, servicios de emergencia y la comunidad. Las enfermeras actúan como un enlace vital, brindando información y facilitando el acceso a recursos en situaciones de urgencia. (AS6,4)</i> <i>En cuanto a las alianzas para ayudar desde el centro de salud y solicitar apoyo al ECU 911, estos se dan establecen a través de protocolos y acuerdos de colaboración entre hospitales, centros de salud y el propio sistema de emergencias. Las enfermeras pueden solicitar apoyo mediante la comunicación directa vía radio, teléfono o sistemas electrónicos. (AS6,5)</i> <i>Se percibe que desde el momento que llega un paciente al Centro de salud puede ser cualquier circunstancia que lo</i>	A6

	<i>lleva a él a solicitar la atención. El usuario, está pendiente de la atención recibida, es decir, que el paciente siempre está pendiente de que la persona que le va a atender y requiere le tome atención con una mirada, no es solamente atenderlos, sino que él quiere que le muestren una sonrisa. He visto que el trabajo de las enfermeras es un trabajo minucioso, un trabajo de gran esfuerzo. (AS6,6)</i>	
<i>Dar atención. sin dejar a un lado el cuidado humanizado.</i>	<i>La atención debe ser empática, saber comprender cuando a la persona se manifiesta con gestos, observar sus limitantes para hacerse entender entonces nosotros debemos aprender de esta forma de comunicarse y llegar un poquito más allá de lo que es una atención inmediata. Y proyectarnos mucho más allá. de manera inmediata y dar atención. sin dejar a un lado el cuidado humanizado. . A7</i>	<i>A7</i>
<i>Difícil accesibilidad</i>	<i>[...]La unidad de salud de Majua pertenece a la zona rural de Esmeraldas del distrito de salud 08D01 Esmeraldas con un total de 2000 habitantes aproximadamente misma que por pertenecer a la zona Rural de difícil accesibilidad hacia esta unidad operativa en si sus zonas son bien dispersas teniendo como un alto grado de dificultad el río Esmeraldas para poder cruzar el mismo tienen que usar una gabarra para poder trasladarse a las zonas donde más alejadas poblaciones que se tienen asignadas, por tanto el personal de enfermería tiene una ardua tarea con respecto a lo que es atención aprovechando que el equipo de ahí tiene que trasladarse a zonas muy dispersas como es la isla San Juan sabiendo que tiene una alta población en este lugar deben de solicitar al Distrito la colaboración de un vehículo 4 X 4 para poder llegar a toda esta zona que corresponde a la isla San Juan A7</i>	<i>A7</i>

Apéndice G: Articulación territorial de la red pública integral de salud: zonas, distritos y circuitos



Elaborado por: Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo



Elaborado por: Equipo SEPPS

Apéndice H: Comités Locales de Salud CCLS



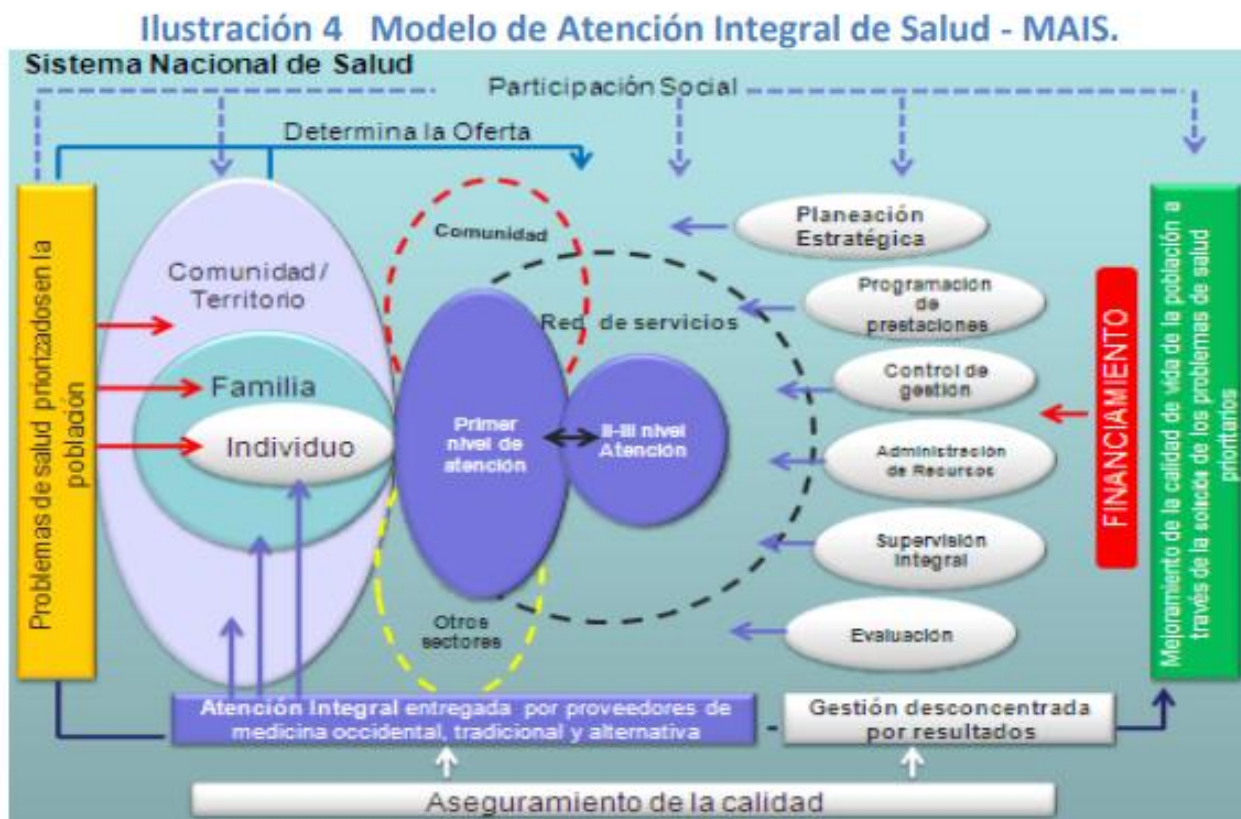
Ministerio de Salud Pública

Apéndice I: Modelo y escenarios de atención integral de salud del MAIS



Ministerio de Salud Pública

Apéndice J: Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS



Elaborado por: Equipo SGS