



Atención Primaria de Salud y la Promoción de la Salud

Dr. Hugo Emilio Serrano Moran
Dra. Kelly Soraya Regalado Aguirre
Dr. Ricardo Antonio Tamayo Otero
Dr. Luis Andrés Saldarriaga Zambrano

compAs

Atención Primaria de Salud y la Promoción de la Salud

Autores:

Dr. Hugo Emilio Serrano Moran
Dra. Kelly Soraya Regalado Aguirre
Dr. Ricardo Antonio Tamayo Otero
Dr. Luis Andrés Saldarriaga Zambrano

Atención Primaria de Salud y la
Promoción de la Salud

Autores:

Dr. Hugo Emilio Serrano Moran
Dra. Kelly Soraya Regalado Aguirre
Dr. Ricardo Antonio Tamayo Otero
Dr. Luis Andrés Saldarriaga Zambrano



Primera edición: octubre 2018
© Ediciones Grupo Compás 2018
ISBN: 978-9942-33-058-1

Diseño de portada y diagramación:
Grupo Compás
Este texto ha sido sometido a un proceso de
evaluación por pares externos
con base en la normativa del editorial

Quedan rigurosamente prohibidas, bajo las
sanciones en las leyes, la producción o
almacenamiento total o parcial de la presente
publicación, incluyendo el diseño de la portada,
así como la transmisión de la misma por
cualquiera de sus medios, tanto si es electrónico,
como químico, mecánico, óptico, de grabación
o bien de fotocopia, sin la autorización de los
titulares del copyright.

Cita.

Serrano, H, Regalado K, Tamayo, R, Saldarriaga, L, (2018) Atención Primaria de Salud
y la Promoción de la Salud
, Editorial Grupo Compás, Guayaquil Ecuador, 66 pag

INTRODUCCIÓN.....	5
ANTECEDENTES	7
Estudio demográfico de la población en Ecuador.....	14
Determinantes Y Desigualdades En Salud	17
Adultos.	20
Adultos mayores (65 y más años de edad).....	20
Política Pública, el Sistema de Salud y la Protección Social.	21
La Promoción de la Salud en el Ecuador	22
Prerrequisitos para la salud	25
Promocionar el concepto	25
Modelo de Atención Integral De Salud (MAIS)	28
Atención Primaria de Salud Renovada.	30
Funciones de la APS.	31
Logros de la APS.....	32
Las Limitaciones de la APS Selectiva.....	33
Renovación de la APS.....	34
La Prevención.....	36
El énfasis en la promoción y en la prevención.	37
Presión Arterial.....	38
Cifras adecuadas	39
¿Qué es la hipertensión arterial?	39
Frecuencia de la Hipertensión	40
Tipos de hipertensión arterial.....	41
Síntomas o molestias.....	42
Complicaciones o riesgos ocasiona la hipertensión arterial.....	43
Tratamiento de la hipertensión arterial.....	43
¿Por qué se puede descontrolar la presión arterial?	45
Causas y Hábitos.....	46
Cura para la hipertensión arterial.....	46
Talleres de promoción de la salud a pacientes hipertensos con enfoque de Atención Primaria de Salud	49
Hospital Liborio Panchana.....	50
Ciclos de Talleres.....	50
CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES	51
BIBLIOGRAFIA.....	53



INTRODUCCIÓN

La constitución del 2008 denominada del bienestar por la filosofía comunitarista ancestral del "buen vivir" de los antiguos quechuas, recogido explícitamente en el texto *sumak kawsay* que hace referencia a la convivencia social, inclusión y la equidad, biodiversidad y recursos naturales, salud, educación, cultura, etc. hace posible un cambio en la estructura del sector de la salud.

El Art. 3 de la Ley Orgánica de Salud reformada el 18 de diciembre del 2015, encontramos una definición de la salud: completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables (Asamblea Nacional, 2015).

En el análisis de la situación de salud en el Ecuador y la Promoción de la Salud desde una perspectiva macro del Modelo de Atención Integral de Salud de nuestro país, se han identificado algunos problemas en la implementación de este programa en este sector: siendo los principales el enfoque Biologista en la atención en los diferentes centros de salud, que no satisface al usuario del servicio no sólo por la falta constante de medicamentos en el área de atención pública sino también por la dependencia de los mismos, también se observa la identificación de las necesidades de la población en forma

generalizada y no por comunidades, zonas o sectores específicos, se suma a esto el desconocimiento de cómo prevenir y enfrentar dificultades de salud, a pesar del incremento y mejora de la atención en los hospitales públicos su congestionamiento demostrando que es insuficiente el modelo de salud actual.

El estudio a realizarse será bibliográfico dado que es el tema de Atención Primaria de Salud está en su etapa inicial en nuestro país y de campo por la identificación que se realizará de las actividades de Promoción de la Salud del Hospital Liborio Panchana, ubicado en la zona 5, Provincia de Santa Elena bajo este enfoque, para luego caracterizar las estrategias a aplicarse donde el ciudadano tenga una participación activa y social con actividades propias como cultura para prever enfermedades y cuidados incluso bajo el enfoque ancestral en forma oportuna; integrando la política pública saludable como piedra angular para el desarrollo del Plan Nacional del Buen Vivir.

Esta investigación de tipo mixto y alcance descriptivo consta de cuatro capítulos

Donde sus páginas preliminares contienen la información necesaria desde los antecedentes haciendo referencia al acuerdo ministerial que da origen a lo que se denominó Modelo de atención integral, para su posterior publicación e implementación. Además, el planteamiento del problema, su delimitación, problemas de investigación, las causas y consecuencias de la misma, los objetivos generales y específicos, variables, su justificación y novedad científica.

ANTECEDENTES

Con el ACUERDO MINISTERIAL 553 del 13 de Mayo del 2003 se aprueba y autoriza la publicación de una herramienta conceptual y metodológica que se denominó modelo de atención integral basado en la atención primaria de salud pero el 3 julio del 2007 fue creada mediante acuerdo 343 la Subsecretaría de la extensión de la protección social y ésta mediante acuerdo 1162 el 8 de Diciembre del 2011 se aprueba, se difunde y viabiliza la ejecución y publicación del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud familiar comunitario e intercultural MAIS-FC con la finalidad de lograr una vida plena o Sumak Kawsay. Como se ha desarrollado durante épocas ancestrales este tipo de costumbres y que ha permanecido intacta hasta la actualidad. Sumak significa lo ideal, lo hermoso, lo bueno, la realización; y kawsay, es la vida, en referencia a una vida digna, en armonía y en equilibrio con el entorno universal y el individuo o ser humano, en síntesis el sumak kawsay significa la plenitud de la vida.

Hoy el Estado garantiza y garantizará estos derechos mediante políticas sociales, culturales, educativas y económicas, con el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, y se convalidan por iniciativa de los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Bajo este marco legal es necesario que existan procesos,

programas, guías, manuales y documentos que viabilicen las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación de enfermedades y problemas de salud pública.

Los indicadores de pobreza y desempleo según el SIISE (Sistema Integrado de Indicadores Sociales) del 2012, muestran una disminución respecto a años anteriores. Sin embargo, la situación laboral, desempleo, pobreza, migración e indicadores de salud reflejan una baja cobertura y falta de respuesta de parte de la sociedad en su conjunto a problemas de la salud, a pesar de la mejora sustancial en infraestructura hospitalaria y de centros de salud en sectores urbanos. Pero los servicios de salud sentidos en las poblaciones, especialmente en zonas rurales y sectores marginales se evidencia una baja accesibilidad a los servicios de salud pública.

La falta de participación y empoderamiento de la población en la identificación de sus problemas de salud, el riesgo y la prevención; dificulta el monitoreo de las posibles soluciones a adoptar en beneficio de la misma comunidad.

Actualmente en el Ecuador, la Atención de salud al individuo, la familia y a la comunidad está centrada en un enfoque solamente curativo, limita el cuidado bio-psico-social-espiritual, ancestral, cultural y hasta ambiental sustentado sólo en la aplicación del método clínico-epidemiológico.

Bajo este contexto, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador comienza a implementar por primera vez desde el año 2007 un nuevo enfoque de Salud denominado Modelo de

Atención Integral de Salud cuyas siglas son MAIS, el mismo que posteriormente fue revisado y se actualizó en el año 2011 y se incluyendo un Modelo de Gestión.

En el marco del MAIS, se define en el Ecuador por primera vez la Atención Primaria de Salud (APS) como el eje central y articulador de este nuevo modelo de salud. A nivel de Latinoamérica y específicamente en los países como Costa Rica, Brasil, Perú; la Renovación de la Atención Primaria de Salud evidencia experiencias muy exitosas para el mejoramiento de la salud en países de escasos recursos y de las poblaciones en general, habiéndose demostrado mayor costo-eficacia la implementación de este modelo de salud.

Los cambios que deben generar el enfoque de la Atención Primaria de Salud (APS), integral y actualmente a una APS renovada, debe tener una preponderancia a las estrategias de la promoción de la salud para que exista articulación y horizontalización de los programas según enfermedades, grupos poblacionales, entre todos los actores y procesos de educación continua en salud por competencias y resultados.

El primer nivel de atención es ejecutado por el Equipo de Atención Integral de Salud (EAIS), conformado por médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y agentes comunitarios de la salud, cuya labor de promoción de la salud y prevención de la enfermedad es desbordada por la creciente demanda de los servicios; como existe una constante necesidad en la problemática de la salud, es necesario no sólo formar sino también capacitar y certificar en Promoción de la Salud a todos los profesionales de áreas afines para este proceso y así sea

participativo e inclusivo para toda la comunidad.

Por lo indicado es de relevancia el estudio de la aplicación de acciones promoción de la salud bajo el enfoque de atención primaria de salud como cultura en grupos prioritarios, de escasos recursos por zona y distrito donde todos los ciudadanos deben participar en forma integral.

La falta de participación, concienciación y empoderamiento de la población en la identificación de sus problemas de salud, da espacio para que se desarrollen enfermedades que afectan notablemente a la robustez física y hasta la psicológica y esto se acrecienta al no existir procesos, programas y documentos definidos que viabilicen las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación de enfermedades, en contextos adversos sea por cultura, costumbre, clima , etc.

En los escenarios detallados, se puede identificar que se dificulta el monitoreo de las posibles soluciones tempranas para una verdadera promoción de la salud a adoptar en beneficio de la misma comunidad en la zona 3, Provincia de Santa Elena.

Este tema es de vital importante porque las poblaciones deben toma conciencia de los peligros que trae ser omiso en las alertas que nos da el cuerpo y prever las enfermedades. El Ministerio de Salud Pública implementa desde el año 2007 un Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), el mismo que ha sido revisado y actualizado en el año 2011, incluyendo el Modelo de Gestión. En el marco del MAIS, se define a la Atención Primaria de Salud (APS) como el eje central y articulador del modelo de salud. Además “La Renovación de la Atención

Primaria de Salud en las Américas” evidencia experiencias exitosas para el mejoramiento de la salud de las poblaciones, habiendo demostrado mayor costo- eficacia.

La red de servicios de salud del País está formada por unidades de diversos niveles de complejidad que se integran en Áreas de Salud con población y espacio

geopolítico definido según normas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). Tal distribución de servicios no permite un acceso equitativo para toda la población, por lo que gran cantidad de comunidades y su respectiva población quedan desprotegidas, sin que el Estado cumpla con el derecho de la Salud Consagrado en la Constitución vigente, en el artículo 42.

Además, el Estado a través de las entidades oficiales (MSP) reconoce que para mejorar la calidad de vida de la población y superar las inequidades se requiere “garantizar la protección integral de la salud de la población ecuatoriana, facilitando los medios para promover la salud; con criterio holístico, enfrentar las enfermedades y sus causas”.

Este trabajo aportaría al fortalecimiento de la implementación de la Promoción de la Salud bajo el Modelo de Atención Primaria de Salud en forma teórica y empírica para mejorar la calidad de vida y adaptado a la realidad y exigencias actuales del sector del Hospital Liborio Panchana ubicado en la Provincia de Santa Elena con un enfoque interdisciplinario e intersectorial. El Estudio exploratorio permitirá tener una información general sobre las Acciones de Promoción de la Salud que se ejecutan en la península de Santa Elena en

Pacientes Hipertensos bajo el Enfoque la Atención Primaria de Salud. Estudio descriptivo: La Información detallada respecto Pacientes Hipertensos detectados para conocer sus características. Estudio explicativo: Nos permitirá identificar las causas probables y condiciones del desarrollo de la hipertensión arterial en pacientes de la Provincia de Santa Elena.

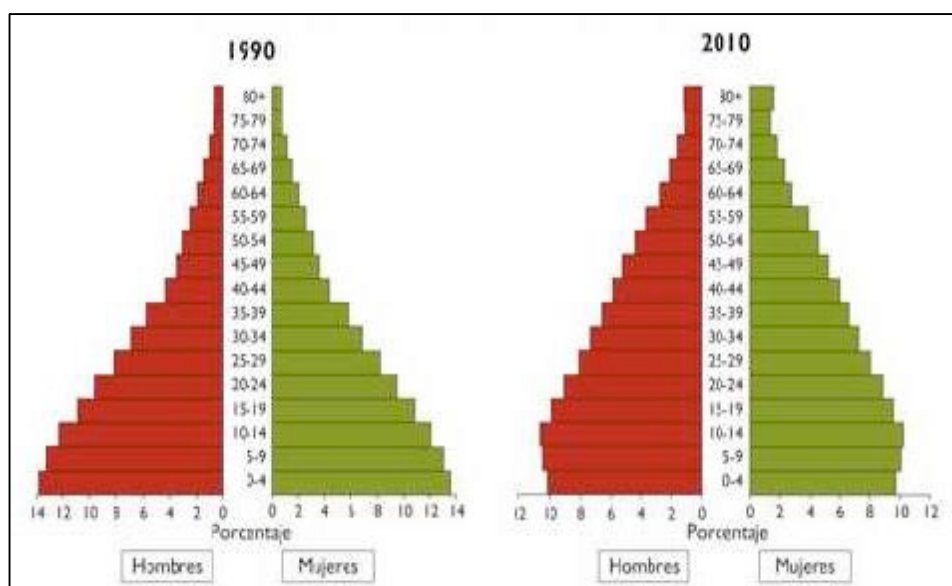


Estudio demográfico de la población en Ecuador.

El Ecuador desde el punto de vista demográfico está dividido en 24 provincias, 269 cantones, a su vez subdivididos en parroquias urbanas y rurales. A partir del 20 de mayo de 2010, se estableció una nueva organización político- administrativa del territorio, que incluye nueve zonas con gobiernos autónomos descentralizados, distritos y circuitos. Tiene 14.483.499 habitantes; entre 2001 y 2010 registró un crecimiento poblacional promedio anual de 1,7%. (INEC, 2011). La población urbana representa 60,43% del total nacional; 50% de la población habita en la Costa, 45% en la Sierra, 5% en la Amazonía y 0,2% en la Región Insular. El 71,9% de la población se considera mestiza, 6,1% blanca, 6,8% indígena, 7,2% afroecuatoriana y 7,4% montubia. Las provincias con mayor población indígena son Chimborazo, Pichincha e Imbabura (INEN, 2011).

Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC), describe una tasa de mortalidad en general de 4,3 muertes por cada mil habitantes, lo que muestra una ligera mejora con respecto al año 2000 (4,6 por cada mil habitantes). En el caso de la tasa de mortalidad materna, esta fue de 69,5 muertes por

Gráfico 1: Estructura de la Población Ecuatoriana por edad y Sexo. 1990-2010



Fuente: Organización Panamericana de la salud

indicador no ha presentado un impacto relevante y que presenta una variabilidad entre 48,5 y 69,7 durante los periodos del 2001 y 2010. Por otra parte, la mortalidad infantil se ha reducido de 18,5 por mil nacidos vivos, en el año 2000, a 13,3 en 2006 y a 11,0 en 2010. (INEC, 2011).

En la población femenina, en primer lugar, se encuentran las enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial e isquemia cardíaca), seguidas de enfermedades como diabetes, cerebrovasculares y neumonía. En la población masculina, las enfermedades crónicas transmisibles comparten las primeras causas de muerte con las agresiones y los accidentes de tránsito.

En el periodo 2000-2009, la incidencia de diabetes se incrementó de 80 a 488 por cada 100 mil habitantes (ver cuadro N.º 2). En el mismo periodo, la hipertensión arterial pasó de 256 a 1 084 por cada 100 mil habitantes. Para ambas enfermedades, sin

embargo, en las costas las tasas tienen mayor impacto a comparación de otras regiones del país. Las enfermedades cardiovasculares representan el 30% de todas las muertes del país; la tasa es más alta en personas menores de 70 años (46%). (Ministerio de Salud Pública, 2010)

Tabla 1: Principales causas de mortalidad general

Causas de muerte	Número	Porcentaje	Tasa
Diabetes mellitus	4 455	7,15%	29,18
Enfermedades hipertensivas	4 381	7,03%	28,70
Enfermedades cerebrovasculares	3 930	6,31%	25,74
Demencia y enfermedad de Alzheimer	3 894	6,25%	25,51
Accidentes de transporte terrestre	3 351	5,38%	21,95
Influenza y neumonía	3 067	4,92%	20,09
Agresiones (homicidios)	2 106	3,38%	13,79
Enfermedades isquémicas del corazón	2 014	3,23%	13,19
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	1 997	3,21%	13,08
Enfermedades inmunoprevenibles	1 971	3,15%	12,91
Enfermedades del sistema urinario	1 756	2,82%	11,50

Fuente. INEC 2010

Mortalidad en el Ecuador, sus causas y Oferta de Servicio de MSP

Las enfermedades crónicas no transmisibles son evitables siendo la más fuerte según el cuadro No. 2 la diabetes mellitus, teniendo una tasa de mortalidad de 298 por cada 100.000 habitantes en el Ecuador, le siguen las enfermedades hipertensivas, cerebro vasculares, demencia y alzheimer entre el 25,51% al 28,70%, éstas enfermedades se trabaja de manera multisectorial en la promoción de la salud, en la prevención de la enfermedad y en el diagnóstico y tratamiento oportunos (Ministerio de Salud Pública, 2010).

Frente a esta realidad de mortalidad y sus orígenes se observará a continuación en el cuadro No 3, la oferta de los servicios de salud pública en el Ecuador proporcionada por el Ministerio de Salud Pública en el Indicador Básico de Salud y en el Cuadro No. 4, la producción de servicio de salud al 2010.

Tabla 2: Oferta de servicios de salud ministerio de salud pública Ecuador

ESTABLECIMIENTOS	NUMERO*	DOTACIÓN NORMAL DE CAMAS	CAMAS DISPONIBLES
HOSPITALES	132	7.848	7.074
CENTROS	156		
SUBCENTROS	1.260		
PUESTOS DE SALUD	457		
OTROS	48		
TOTAL	2.073	7.848	7.074

Fuente: MSP. Sistema Regionalizado de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades de Salud 2010

Determinantes Y Desigualdades En Salud

En 2010, una medición hecha con el método de necesidades básicas insatisfechas (NBI) reveló que 37,13% de los hogares ecuatorianos era pobre, una reducción de cuatro puntos porcentuales frente al 41,7% registrado en 2008. Los hogares en situación de extrema pobreza a nivel nacional representaban 13,4% en 2010, dándose también una caída de cuatro puntos frente al 17,4% que se registró en 2008. Durante el mismo período, en el área urbana la proporción de hogares en pobreza extrema descendió de 10,3% a 7,4%, mientras que en el área rural lo hizo de 42,9% a 34,9%. (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

Las provincias de Los Ríos y Manabí concentran la mayor proporción de hogares pobres, 59% y 55% respectivamente, en tanto Pichincha con 13% registra la menor proporción. La extrema pobreza sigue la misma tendencia geográfica, con 27% en Manabí, 23% en Los Ríos y 4% en Pichincha. (Organización Panamericana de la Salud, 2012)

Tabla 3: Producción de servicios de salud ministerio de salud Ecuador

**PRODUCCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
ECUADOR - 2010**

Total de consultas en Servicios Ambulatorios por tipo de Profesional					
Tipo de profesional	Consultas				
	Total	Primeras	Subsec.	Prevención	Morbilidad
Atenciones ambulatorias					
Consultas médicas	19,986,936	14,148,395	5,833,541	6,090,562	13,896,374
Consultas de obstetrix	3,858,900	2,349,938	1,508,962	2,561,410	1,297,490
Consultas de psicólogo	216,123	121,487	94,636	27,300	188,823
Consultas de odontólogo	5,966,527	4,102,404	1,864,123	2,350,793	3,115,734
Consultas de emergencia	4,375,384				4,375,384

Total de partos atendidos	153,987
Ambulatorio	15,721
Internación	138,266
Exresos hospitalarios	503,015
Porcentaje de ocupación	84.4
Promedio días estada	3.9
Giro de cama	66.0
Intervalo de Giro	0.9
Intervenciones quirúrgicas	193,423
Tasa de mortalidad hospitalaria	3.4

Fuente: Ministerio de Salud Pública

En el área de la nutrición, en 2006 alrededor de 25,8% de los menores de 5 años de edad padecían desnutrición crónica, con

tasas más altas en las provincias de la sierra con mayor concentración indígena, como Bolívar, Chimborazo, Cotopaxi e Imbabura. El gobierno se ha impuesto como metas críticas erradicar la desnutrición infantil en niños menores de 5 años para 2015, reducir la prevalencia de anemia en menores de 5 años y en mujeres embarazadas en un 50% para 2013 y mantener controlada la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población menor de 5 años hasta 2013 (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

En 2010, el 77% de las viviendas de todo el país tenían conexión domiciliaria abastecida por agua de la red pública, con mayor cobertura en zonas urbanas. Según auto identificación étnica, en las poblaciones blanca y mestiza 81% y 75%, respectivamente, tenían mayor acceso a agua por red pública, mientras que en las poblaciones montubias e indígenas solo accedían 41% y 49%, respectivamente. La provincia con menos acceso es Sucumbíos (38%), seguida de Orellana y Santo Domingo de los Tsáchilas, con 43% y 47% respectivamente. La provincia con mayor acceso es Pichincha (93%), seguida de Carchi (85%) y Galápagos (83%). Durante el mismo año, 54% de las viviendas del país estaban conectadas a la red pública de alcantarillado y 34% contaban con pozo ciego o séptico para la eliminación de excretas. En las zonas rurales apenas 15% de los hogares tenían acceso a la red pública de alcantarillado, mientras que en las zonas urbanas 85% lo tenían. (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

Condiciones generales de Salud y las tendencias por grupos específicos de población

Adultos.

Con respecto a los egresos hospitalarios durante el 2008 se relacionaron con el embarazo, parto y puerperio, con un 44,5%.

Adultos mayores (65 y más años de edad).

En 2010 la tasa de mortalidad en adultos mayores (65 años de edad y más) fue de 35,6 por 1.000 habitantes de ese grupo etario –50,9% fueron en hombres. Las principales causas de muerte incluyeron neumonía, hipertensión arterial, diabetes, insuficiencia cardiaca e infarto agudo de miocardio. Entre las primeras causas de morbilidad están la diarrea y la gastroenteritis de presunto origen infeccioso y las enfermedades crónicas. (Organización Panamericana de la Salud, 2012).



Política Pública, el Sistema de Salud y la Protección Social.

El Ministerio de Salud ha presentado un proceso de complejo dirigido a iniciar la denominada "Transformación Sectorial de Salud del Ecuador" (TSSE). El objetivo se enfoca en reorganizar el sector para construir un sistema de salud integrado, integral, coordinado, solidario y que no demande el pago directo por parte del usuario. El sistema deberá garantizar la equidad y el acceso universal, progresivo y gratuito a servicios públicos de salud de calidad a toda la población mediante una "Red de Prestadores Públicos", promoviendo un modelo de atención integral que priorice la promoción, la prevención y la atención primaria, y evitando la duplicación de actividades entre los principales prestadores. (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

El Ministerio de Salud ha determinado un conjunto de prestaciones que enfocada en ofrecer a toda la población por medio de la red pública. El Ministerio de Inclusión Económica y Social, por su parte, coordina el Programa de Protección Social (PPS), entre cuyos objetivos está "formar una red de protección social con otras instituciones del Estado y de la sociedad civil". La coordinación de acciones entre ambos ministerios permitió que hasta 2010 a través del PPS se atendieran 3.816 casos de enfermedades catastróficas en los establecimientos de la red.

Los logros sanitarios más importantes del período 2006–2010 figuran:

La incorporación en la Constitución de 2008 de la preeminencia del derecho a la salud garantizada por el Estado,

en el marco de un régimen de inclusión y equidad social.

Fueron US\$ 3.433 millones que se invirtió en salud pública y que, por lo tanto, aumento el presupuesto del Ministerio de Salud Pública entre 2007 y 2010, la gratuidad progresiva de la atención en los servicios de salud, incluidos los medicamentos.

Para 2009, el gasto público en salud alcanzó a 2,9% del producto interno bruto, mientras que el gasto nacional en salud para el mismo período fue de 7%.

En el 2009 de la misión solidaria "Manuela Espejo" presento para el gobierno un logro significativo en la lucha en pro mejora la dignidad de personas vulnerables, cuyo objetivo es estudiar las discapacidades para conocer mejor la realidad biopsicosocial de las personas que las padecen y dar una respuesta inmediata a quienes tienen discapacidades severas.

También destaca la aprobación de la Ley Orgánica de Regulación y Control del Consumo del Tabaco, construida con una amplia participación social, y sancionada por el presidente de la República. (Organización Panamericana de la Salud, 2012)

La Promoción de la Salud en el Ecuador

En la Conferencia de Alma Ata en 1978 se ahonda la preocupación de interesarse en las determinantes de la salud; señalados con anterioridad y mejorar la calidad de vida de la población más vulnerable, especialmente en lo que se refiere a garantizar el acceso a los servicios integrales de salud pública como también los servicios básicos (agua potable segura y saneamiento básico. (Atención Primaria).

Posteriormente en la conferencia de Ottawa (1986) sobre Promoción de la Salud, se dió una nueva concepción de la salud pública a nivel mundial tomándose como punto de partida los progresos alcanzados con la Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria, la consigna de "Salud para Todos" de la Organización Mundial de la Salud, y el debate sobre la acción intersectorial enfocado en la salud para espacios de prioridades mundiales en salud.

Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social (salud para todos), una persona, familia o una comunidad debe ser capaz de alcanzar las aspiraciones, para satisfacer necesidades y modificar en función de la adaptación al medio ambiente.

La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se analiza en función de un concepto positivo que afianza los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.

Por lo tanto, se relaciona el concepto de salud como bienestar da lugar al análisis de formas de vida sanas, la promoción de la salud no se enfoca directamente al sector sanitario. (Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, 1986).

Es necesario ampliar las definiciones en relación a la Promoción de la Salud, es así que la Organización mundial de la Salud ha manifestado: "Proceso social, educativo y político que incrementa la conciencia pública sobre la salud, promueve

estilos de vida saludables y la acción comunitaria a favor de la salud; brinda oportunidades de poder a la gente para que ejerza sus derechos y responsabilidades para la formación de ambientes, sistemas y políticas alineadas desde el punto de vista favorables a su salud y bienestar".

En la Carta de Ottawa en 1986 se describe que la Promoción de la Salud se enfoca en proporcionar a la gente las medidas necesarias en función de mejorar la salud y desarrollar un mayor control sobre la misma OPS/OMS 1990. "La Promoción es la suma de acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales productivos, encaminada al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva".

La promoción es la visión positiva de la salud y se crea en el marco de la vida cotidiana: en los centros de enseñanza, de trabajo y de entretenimiento. Los resultados desarrollados por los centros de enseñanzas ofrecen a la sociedad la capacidad de tomar decisiones en función del bienestar común para que todos los miembros gocen de buena salud alineadas a las pertinencias.

La Promoción de la Salud es la Tercera función esencial de la salud pública y en el Ecuador debe ser uno de los roles del Estado.

La Promoción de la Salud en el Ecuador busca consolidar estrategias de impacto social que se relacionen con los cuidados como la conservación de la salud, para lograr el mejor estado posible de bienestar físico, psíquico y social, en armonía con el entorno social y ambiental.

Prerrequisitos para la salud

Las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la rentabilidad, el entorno estable, la responsabilidad judicial y la equidad. Sin embargo, otra mejora con respecto a la salud debe basarse en dichos prerrequisitos.

Promocionar el concepto

Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de la vida. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en detrimento de la salud. La meta por la salud está en desarrollar condiciones favorables para poder promocionar la salud. (Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, 1986).

Proporcionar los medios como la promoción de procesos que fomenten la obtención y permanencia aceptable de la salud en las personas o miembros de la sociedad para alcanzar la equidad sanitaria. La acción está enfocada en la reducción en diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades estableciendo los medios que permitan a toda la población

desarrollar al máximo el bienestar de la salud. En consecuencia, es necesario contar con una base firme donde el entorno proporcione apoyo de las mismas, acceso a la información y poseer las aptitudes y oportunidades que la lleven a hacer sus opciones en términos de salud. Las personas no podrán alcanzar su plena salud potencial a menos que desarrollen capacidades de control de todo lo que determina la problemática de la salud. Esto se aplica igualmente a hombres y mujeres (Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, 1986).

La promoción de la salud también requiere criterios normativos y políticas para mejorar las condiciones de trabajo y la seguridad laboral, reducir los riesgos ambientales y llevar a cabo estrategias de promoción de la salud en la población que incluyan a otras partes del sistema de salud o a otros actores sociales. Esto enmarca los vínculos con las funciones esenciales de salud pública (FESP).

La promoción de la salud y la aplicación en el Ministerio de Salud Pública

Desde la Comunicación y la Educación tradicionalmente, se han realizado acciones de Promoción de la Salud. En los años 70 se hablaba ya de empoderamiento y la participación de la comunidad a través de procesos de comunicación para el desarrollo y de educación para la Salud. En el año 1978 se desarrolla un Proyecto de Participación Comunitaria en Salud Familiar con el apoyo técnico y financiero del Gobierno Británico en el que se incluyen las líneas de acción de Promoción de la Salud: participación social, coordinación intersectorial,

descentralización, enfoque de derechos e interculturalidad, y promoción de estilos de vida y ambientes saludables.

En el período 1999-2000 se crea la DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL, sin embargo, no se desarrolló en forma inmediata el enfoque de Promoción de la Salud, a pesar de que se venía construyendo en diversos espacios. Bajo este contexto se determinaron con base a experiencia por el cambio de enfoque de la salud en relación a la acción comunitaria con aceptación de los saberes y cultura ancestrales.

En el año 2003 se estructura un grupo de Promoción, que parte con una socialización introductoria sobre las bases para la formación de una Comisión de Promoción en el Consejo Nacional de Salud (CONASA) con el apoyo técnico de profesionales de la salud cubanos.

En la Dirección de Promoción y Atención Integral, se elabora la propuesta para la inclusión en la nueva estructura del Ministerio del Subproceso de Promoción de la Salud, con el diseño de todos los elementos conceptuales y productos, misión visión y objetivos que posicionaron a la Promoción dentro de la nueva Estructura del Ministerio. Paralelamente en el CONASA se estructura la Comisión de Promoción dentro de la Ley Orgánica y el reglamento de la Ley del Sistema Nacional de Salud, la misma que es presidida por el Subproceso de Promoción de la Salud en donde se elaboran las Políticas Nacionales de la Promoción de la Salud.

Carta de Ottawa para la promoción de la salud.

En la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud realizada en Ottawa el 21 de noviembre de 1986 se determinó la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2.000". Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Si bien las discusiones se centraron en las necesidades de los países industrializados, se tuvieron también en cuenta los problemas que atañen a las demás regiones. La conferencia tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria, el documento "Los Objetivos de la Salud para Todos" de la Organización

Mundial de la Salud, y el debate sobre la acción intersectorial para la salud sostenido recientemente en la Asamblea Mundial de la Salud.

Modelo de Atención Integral De Salud (MAIS)

Atención Primaria de Salud

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad ya que esta en un país es el núcleo del sistema de salud y forma parte de la integración imperativa en el desarrollo socioeconómico general de la comunidad. En América se registra progresos significativos en materia de salud, principalmente en

combatir y tratamiento de enfermedades alineadas en la esperanza de vida, sin embargo, los sistemas de salud de la Región aún no se han fortalecido ni extendido lo suficiente, ni han logrado la eficacia necesaria como para alcanzar los objetivos de APS fijados en Alma Ata.

La concepción de atención primaria en salud la encontramos en la Constitución Política aprobada en 2008 de la república del Ecuador:

Art. 360: "El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas."

El perfil del médico para la APS es el de un médico general, en condiciones de prestar atención médica integral al ser humano, en su entorno familiar y social, mediante acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con un enfoque bio-psicosocial ambientalista, con la Atención Primaria de Salud como estrategia y eje transversal de su formación.

Enmarca una serie de acciones de salud pública, sean de diagnóstico, prevención, curación y rehabilitación, que deben realizarse desde un nivel primario y local en proporcionar resultados positivos para la comunidad. Además, de presentar el nivel básico e integrante del sistema de salud.

Brinda los siguientes tipos de asistencia sanitaria:

Primaria

Especializada u hospitalaria

Ambas incluyen las actividades de consultorio.

Los atributos básicos de la atención primaria son los que marcan su calidad y eficiencia, y estos son:

La accesibilidad es la provisión eficiente de servicios sanitarios en relación con las barreras organizacionales, económicas, culturales y emocionales.

La coordinación es la organización y ejecución de acciones enfocados en los esfuerzos de los servicios de atención primaria.

La integralidad es la capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población atendida (en atención primaria es alrededor del 90%).

La longitudinal consiste en seguir diferentes problemas de salud de un paciente por los mismos profesionales sanitarios, médico y enfermero.

Atención Primaria de Salud Renovada.

La APS-R forma parte fundamental de la estrategia que dirige el desarrollo de los sistemas de salud. Su implementación como todo proceso social, ha estado sujeta a las contradicciones e intereses económicos y políticos que configuran las formas de organización de las sociedades.

La APS-R tiene sus raíces en la APS formulada en Alma Ata (1978) que esta, a su vez recogió el pensamiento y práctica de la medicina social que inicio la reflexión y demostración de los determinantes sociales de la salud y la inequidad en el acceso a los servicios que en la década de los setentas toma

mucho impulso sobre todo en América Latina, unida a los procesos que enmarca el cambio social, proporcionando significantes experiencias locales que ofrece una reivindicación del derecho a la salud, que antepusieron sobre la necesidad de trabajar en torno al mejoramiento de la calidad de vida y la participación como elementos importantes para la meta de la salud. (Ministerio de Salud Pública, 2012)

El MAIS-FCI organiza la atención integral bajo las siguientes modalidades:

- Atención extramural o comunitaria.
- Atención intramural o en un establecimiento de salud.
- Atención en establecimientos móviles de salud
- Atención Prehospitalaria

Funciones de la APS.

Las características y los objetivos de la estrategia de atención primaria de la salud (APS) se desarrollaron tres décadas atrás en la conferencia de Alma – Ata.

Desde entonces, se determinó un consenso acerca de las funciones de la APS especialmente en el primer nivel de atención. Los modelos teóricos sobre los que habitualmente se evalúa la APS enfatizan en aspectos estructurales y organizativos y escasamente en el grado en que se cumplen funciones esenciales de la APS.

Las funciones principales de la APS que están enfocadas bajo un análisis en las subdimensiones estructurales y en los procesos de los sistemas o servicios en salud; y tres funciones

secundarias, cuyo logro se puede suponer ligado a las funciones esenciales.

Logros de la APS

Extensión de cobertura a áreas rurales y urbanas marginadas con desarrollo de programas prioritarios y primer nivel de atención.

Planteó cambios necesarios en modelos de atención hacia la integralidad.

Demostró que la participación social y comunitaria y la coordinación intersectorial son componentes estratégicos del cambio en salud.

Contribuyó a desmedicalizar la salud pública y reivindicar el carácter anticipatorio de la acción sanitaria al priorizar la promoción de la salud.

Enseñó en la práctica la importancia de la decisión política en la salud y el rol de la salud como elemento de integración social.

En el gráfico No. 2 se puede observar la Organización territorial de los servicios de salud, según los niveles de atención.

Gráfico 2



FUENTE: Manual de Atención Primaria de Salud

Las Limitaciones de la APS Selectiva.

- Ignora el contexto de las personas, familias (determinantes de la salud)
- Determina brechas enfocado en los cuidados de la salud (grupos poblacionales, problemas de salud)
- Desconoce la comorbilidad.
- Presenta problemas de sostenibilidad.
- Genera competencia de recursos entre distintos programas.
- No contribuye al desarrollo/fortalecimiento de los sistemas de salud. Beneficios generales de la APS
- Resultados eficaces relacionados en salud a nivel poblacional Desarrollar equidad en el nivel de salud y accesibilidad a los servicios
- Mejora eficiencia desde el punto de vista global del sistema a menores costos
- Mejorar la satisfacción de los pacientes y usuarios con los servicios de salud.

Renovación de la APS.

A pesar de que la Región de las Américas ha hecho adelantos importantes en materia de salud y ejecución de la atención primaria de salud, aún hay desafíos y desigualdades relacionados con la salud que persisten en los países de la Región y entre ellos. Para implementar programas dicha situación es necesario determinar objetivos cuantificables y estrategias integradas para el desarrollo social.

La estrategia de renovación de la APS contempla la capacitación de los recursos humanos como uno de los pilares esenciales para su desarrollo, considerándose prioritario el fortalecimiento de las capacidades de profesionales que deberán liderar los procesos de modificación hacia sistemas de salud basados en la APS.

La experiencia adquirida a lo largo de los 27 últimos años demuestra que con los sistemas de salud que cumplen con los principios de la atención primaria de salud se logran mejores resultados sanitarios y se aumenta su eficiencia en la atención de salud individual y pública, y con los proveedores públicos y privados.

La declaración de Montevideo celebrada del 26 al 30 de septiembre del 2005 se comprometió a las naciones integrantes a abogar por la integración de los principios de la atención primaria de salud en el desarrollo de los sistemas nacionales de salud, la gestión sanitaria, la organización, el financiamiento y la atención a nivel de país de una manera que contribuya, en coordinación con otros sectores, al desarrollo humano integral y equitativo, y que permita

abordar eficazmente, entre otros desafíos, los objetivos de desarrollo relacionados con la salud internacionalmente acordados, incluidos los representantes de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, y otros retos nuevos relacionados con la salud.

Observemos el siguiente cuadro de los enfoques según las definiciones de la atención primaria de salud y su énfasis; del que se deriva la propuesta de este trabajo de investigación.

Tabla 4: Enfoque De La Atención Primaria De Salud

Enfoque	Definición o concepto de Atención Primaria de Salud	Énfasis
Atención Primaria de Salud selectiva	Se centra en un número limitado de servicios de gran repercusión para afrontar algunos de los desafíos de salud más prevalentes en los países en desarrollo ²⁹ . Los principales servicios, conocidos como GOBI (control del crecimiento, técnicas de rehidratación oral, lactancia materna e inmunización), a veces incluyen los suplementos alimentarios, la alfabetización de la mujer y la planificación familiar (GOBI-FFI).	Conjunto específico de actividades de los servicios de salud dirigidas a los pobres
Atención Primaria	Se refiere a la puerta de entrada del sistema de salud y al lugar donde se operativiza la continuidad de la atención para la mayor parte de la población, la mayoría de las veces ³⁰ . Este es el concepto de Atención Primaria de Salud más común en Europa y en otros países industrializados. En su definición más simple, este enfoque se relaciona directamente con la disponibilidad de médicos especializados en medicina general o medicina de familia.	Nivel de atención de un sistema de servicios de salud
"Atención Primaria de Salud Integral" de Alma Ata	La Declaración de Alma Ata define la Atención Primaria de Salud como la "asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar [...]. Forma parte integral tanto del sistema nacional de salud [...] como del desarrollo social y económico de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad [...], llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia a la salud" ²⁷ .	Estrategia de organización de los sistemas de atención a la salud y la sociedad para promover la salud
Enfoque de Salud y Derechos Humanos	Concibe la salud como un derecho humano y destaca la necesidad de afrontar los determinantes sociales y políticos de la salud ³¹ . Difiere de la Declaración de Alma Ata no tanto en los propios principios, sino en que pone énfasis en sus implicaciones sociales y políticas. Señala que el enfoque social y político de la Atención Primaria de Salud ha dejado atrás los aspectos específicos de las enfermedades y que las políticas de desarrollo deberían ser más "globales, dinámicas, transparentes y deberían estar apoyadas por compromisos legislativos y económicos" de modo de conseguir mejoras equitativas en materia de salud ²⁸ .	Filosofía que impregna el sector social y de salud

Fuente: categorías adaptadas de ^{29,30}

La Prevención

El término prevención a veces es utilizado de modo muy genérico. Un ejemplo es cuando se habla de prevención primaria, secundaria y terciaria. También puede aplicarse a reducir el uso de drogas entre personas que aún no las han probado y entre las que ya las han probado, reducción de la demanda a través de arrestos y controles sobre la venta de drogas, etc.

También las actividades de reducción de daños pueden ser vistas como una actividad preventiva. Pero también es prevención incidir en el nivel de política social, como es reducir la pobreza, o impedir el surgimiento de conductas desviadas. Cuando el término prevención se utiliza vagamente la variabilidad de significados puede determinarse en un concepto infinito, que va a depender de las actitudes, perspectiva y cultura (Burguess, 1997). De ahí que se haya utilizado el término tanto por parte de aquellos que trabajan en la educación, en el tratamiento y en la represión del tráfico.

Según Caplan (1980) se han considerado tres tipos de prevención:

Prevención Primaria es aquella que interviene antes de que surja la enfermedad o problema y tiene como misión impedir la aparición de la misma. Es el tipo de prevención más deseable. En cuanto a la Prevención Secundaria la meta esta enfocada en localizar y tratar lo antes posible las enfermedades o problemas, cuyo origen no han podido ser impedida por las medidas de prevención primaria; esto es, parar el progreso de la enfermedad que se encuentra en los primeros estadios. En consecuencia, la

Prevención Terciaria, se desarrolla en algún tiempo después de la declaración de la enfermedad y con el objetivo de evitar complicaciones y recaídas. Se centra en los procedimientos de tratamiento y rehabilitación para la enfermedad que tiene ya tiene claros síntomas clínicos.

En una terminología actualizada se define que los tres tipos de prevención son equivalentes a lo que se determina prevención (prevención primaria), tratamiento (prevención secundaria) y rehabilitación (prevención terciaria). En cuanto al uso de las drogas, la prevención primaria se enfoca en la toma de medidas para que las personas no consuman drogas, disminuyendo factores de riesgo y generando factores de protección; la secundaria se orienta a que si surge un problema con las drogas se pueda frenar su avance y evitar que se convierta en un problema mayor; y, la terciaria se centra en el tratamiento y rehabilitación de la dependencia de las drogas (Organización Panamericana de la Salud/Organización mundial de la salud, 2007).

El énfasis en la promoción y en la prevención.

Es de vital importancia para un sistema de salud basado en la APS, porque sus acciones son costos efectivos, éticas, pueden desarrollar facultades donde las comunidades y a los individuos ejerzan mayor control sobre la salud de las mismas, y son esenciales para abordar la raíz de los determinantes sociales de la salud. El énfasis en la promoción y en la prevención permite ir más allá de la orientación clínica para abarcar la educación y el apoyo en materia de salud en el trabajo, las escuelas y el hogar. Estas cuestiones, adicionando las pertinencias en la dirección de servicios de salud hacia los principios de la APS, fueron articuladas en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud de 1986.

Conociendo las características de la población, los índices de las enfermedades por sectores, identificando los elementos de la promoción de la salud con su influencia y el enfoque de la atención primaria de salud es necesario señalar la conceptualización y los parámetros de la presión arterial.

Presión Arterial

Según Joaquín Sellén en su trabajo de investigación publicado denominado Hipertensión Arterial: diagnóstico, tratamiento y control (Crombet, 2008) La Hipertensión Arterial (HTA) constituye uno de los problemas médicos-sanitarios más importantes de la medicina contemporánea en los países desarrollados y latinoamericanos en general y el control de la misma debe ser la piedra angular sobre la que hay que actuar para disminuir, en forma significativa, la morbi- letalidad por cardiopatía coronaria, enfermedades cerebro-vasculares y renales. Por lo tanto, es inconcebible encontrar un país civilizado que no disponga de programas nacionales para el seguimiento y control de esta afección, que merma las estadísticas vitales en la etapa más productiva del ser humano.

Según el sitio web Producida por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, define la presión arterial como una medición de la fuerza ejercida contra las paredes de las arterias a medida que el corazón bombea sangre a su cuerpo. Hipertensión es el término que se utiliza para describir la presión arterial alta. (Institutos Nacionales de la Salud para pacientes, familiares y amigos, 2018)

Por lo indicado se puede señalar que la presión arterial es la fuerza del flujo sanguíneo dentro de las arterias la cual es medida por un instrumento denominado esfigmomanómetro; con el cual se pueden obtener dos lecturas o cifras de esta fuerza: la sistólica (número superior, máxima o alta) y la diastólica (número inferior, mínima o baja).

Cifras adecuadas

De las cifras se puede extraer si un paciente, está con prehipertensión o hipertenso. Por ejemplo, 120 sobre 80 (escrito como 120/80 mm Hg), se la considera como una presión arterial normal si es menor a ésta la mayoría de las veces. Estas cantidades aplican a personas que no están tomando medicinas para la presión arterial y que no están enfermas.

Si la presión arterial es de 140/90 mm Hg o superior la mayoría de las veces. Es una presión arterial alta y se considera a la persona hipertenso. Estas cifras son aceptadas tanto para gente joven como para personas de mayor edad. Normalmente, conforme aumenta la edad, la presión arterial aumenta, pero siempre dentro de este rango. Ahora si los valores de la presión arterial son de 120/80 o más, pero no llega a 140/90, esto se denomina prehipertensión.

¿Qué es la hipertensión arterial?

Con lo indicado podemos decir que la hipertensión arterial se la define como la elevación sostenida de las cifras de presión arterial por arriba de los niveles considerados como normales.

Si se tiene problemas cardíacos o renales, o si se tiene un accidente cerebrovascular, es posible que el médico le recomiende que su presión arterial sea incluso más baja que la de las personas que no padecen estas afecciones.

Frecuencia de la Hipertensión

La hipertensión arterial es una enfermedad frecuente tanto a nivel mundial como nacional; según el sitio web Producida por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos (Institutos Nacionales de la Salud para pacientes, familiares y amigos, 2018) en México, tres de cada diez personas mayores de 20 años la padecen. Según Infomed en el sitio web: Hipertensión Arterial <http://temas.sld.cu/hipertension/tag/ecuador/> (Infomet, 2015) indica que casi ocho millones de personas mueren cada año en el mundo por causa de la hipertensión arterial. El 80% de los casos ocurren en países en vías de desarrollo, según la Sociedad Internacional de Hipertensión (SIH). En América Latina, el país con la mayor prevalencia de hipertensión es el Ecuador y la primera causa de muerte es la enfermedad cardiovascular secundaria. Un 46% de la población ecuatoriana tiene hipertensión arterial y, lo triste del asunto es que solamente un 15% de esa población que se sabe hipertensa, tiene un control adecuado de sus cifras de presión arterial.

Además, señala en la misma página web: (Infomet, 2015) Usualmente el latinoamericano es obeso, sedentario, fumador, tiene el colesterol elevado y bebe grandes cantidades de alcohol, sobre todo el que vive en la Costa. Entonces, si el sujeto tiene más de 50 años, al factor genético se suma que consume

más de dos gramos diarios de sal, tiene 10 kilos encima, fuma cinco cigarrillos diarios, tiene 200 gramos de colesterol, no hace ejercicio y consume tres cervezas al día, estamos hablando del prototipo del ecuatoriano; pues la probabilidad de que tenga presión arterial alta es total. Los ecuatorianos como los mexicanos, tenemos un defecto genético, que nuestros ancestros y nuestros indígenas nos proporcionaron, pero también hemos adquirido hábitos alimenticios que nos predisponen a tener alta la presión arterial.

En general se presenta a cualquier edad, pero es más frecuente en los individuos de edad avanzada que en los jóvenes; e incluso predomina en el sexo masculino, sin embargo, en las mujeres, después de la menopausia, la prevalencia es semejante y en edades aún más avanzadas se invierte la relación, predominando en mujeres.

Tipos de hipertensión arterial

Dependiendo de la causa que origina la elevación de la presión arterial se clasifica en:

Hipertensión arterial primaria o esencial, causada por la interacción de muchos factores, entre ellos la herencia, la mayor o menor sensibilidad a la sal, la obesidad, el tabaquismo, etc. Es la causa más frecuente de hipertensión y se presenta en 9 de cada 10 hipertensos.

Hipertensión arterial secundaria, es mucho menos frecuente, el origen es diverso y sólo identificable con estudios especializados; incluye, principalmente

alteraciones en la función renal (insuficiencia renal), obstrucción de las arterias de los riñones (hipertensión renovascular) por causas congénitas o adquiridas (aterosclerosis, por ejemplo), trastornos glandulares, principalmente a nivel de las glándulas suprarrenales (situadas en la parte superior de los riñones), ocasionando el aldosteronismo primario (caracterizado por el incremento anormal de la secreción aldosterona la cual retiene sal y agua en exceso con lo que se eleva la presión arterial) o el feocromocitoma (caracterizado por la producción excesiva de catecolaminas que elevan la presión arterial).

También alteraciones en la función de la glándula tiroides pueden ocasionar elevación de la presión arterial y es otra causa de hipertensión arterial secundaria. Estos padecimientos producen síntomas característicos que pueden hacer sospechar al médico la presencia de hipertensión arterial secundaria. El abordaje del diagnóstico se inicia con diferentes estudios de laboratorio y gabinete.

Síntomas o molestias

Se puede llegar a sentir dolor o sensación de pesantez de cabeza, mareo ligero, palpitaciones, zumbido de oídos, entre otros; sin embargo, con frecuencia estas molestias se presentan también por otras causas y no necesariamente se deben a hipertensión. En la mayoría de los casos la presión elevada no produce ninguna molestia. Por este motivo la hipertensión ha sido denominada “el asesino silencioso”. A veces, cuando se tiene alguna manifestación o un síntoma de la enfermedad se debe a la presencia de una complicación avanzada, muchas veces irreparable.

Hay cierto componente hereditario ya que se conocen familias completas que la presentan; es también conocido que si el padre o la madre, o los dos, son hipertensos, los hijos pueden presentar hipertensión con más facilidad. Se hereda la predisposición hacia la hipertensión arterial, y hay factores externos que favorecen que se manifieste. Estos factores externos incluyen: el consumo de sal en exceso, la falta de ejercicio, el sobrepeso y la obesidad; el tabaquismo, el estrés excesivo, el abuso del consumo de alcohol y, es más frecuente, en personas que roncan.

Complicaciones o riesgos ocasiona la hipertensión arterial

La hipertensión daña las arterias, favorece y acelera la arteriosclerosis; lesiona órganos tan importantes como el corazón, el cerebro y los riñones, favoreciendo un infarto o una insuficiencia cardíaca. Puede provocar una enfermedad vascular cerebral o llevar a insuficiencia renal terminal. El daño en las arterias suele pasar desapercibido hasta que es irreversible. El impacto de la hipertensión arterial sobre la calidad de vida y la sobrevivencia del paciente, depende de la edad de presentación, de las cifras de presión arterial y de su adecuado control.

Tratamiento de la hipertensión arterial

Según el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador
Zumirán
https://www.epsnutricion.com.mx/dctos/Hipertension_arterial_sistemica.pdf. (López, 2016) .Está demostrado que reducir las cifras de presión arterial protege o retrasa la aparición y/o progresión de las complicaciones cardiovasculares y renales, por lo tanto, es

fundamental disminuir la presión a valores normales. La pauta para iniciar el tratamiento antihipertensivo dependerá de las cifras de presión arterial y, la presencia, o no, de otros factores de riesgo y/o complicaciones. Se puede iniciar con medidas higiénico-dietéticas encaminadas a modificar el estilo de vida del paciente. Estas consisten, principalmente, en llevar una dieta con bajo contenido de sal, bajar de peso, realizar ejercicio adecuado a sus posibilidades, gustos y aptitudes, limitar el consumo de grasas, suspender el tabaquismo, reducir el consumo de alcohol y disminuir, en lo posible, el estrés. Estas medidas apoyan el efecto de los medicamentos y son de gran utilidad aún cuando la presión arterial sea controlada con fármacos.

Con frecuencia, es necesario el empleo de medicamentos para alcanzar el control de la presión arterial. Actualmente hay variedad de fármacos, todos ellos muy eficaces, que deben ser indicados por un médico. La elección de los antihipertensivos y su dosis dependerá de las características individuales de cada paciente y, en ocasiones, es necesario probar diferentes medicamentos y combinaciones.

Es importante que el paciente tenga presente que:

Los medicamentos NO curan la hipertensión, sólo la controlan y, por lo tanto, el tratamiento es DE POR VIDA. Generalmente se requieren dos o más fármacos.

No normalizan la presión de inmediato, se requiere de algunas semanas. Para que tengan efecto deben de ser tomados regularmente y no suspenderlos. Hay ocasiones que cierto medicamento puede ocasionar alguna molestia. El

médico es el indicado para decidir si esa molestia es atribuible al medicamento en sí y, si es necesario, suspenderlo, cambiarlo o disminuir la dosis.

La dosis de los medicamentos puede variar, esto no necesariamente significa que el paciente mejoró o empeoró. Es propio de la hipertensión que a veces se requiere mayor o menor cantidad de medicamentos.

Muchos pacientes pueden estar ansiosos o nerviosos ante el médico o la enfermera y sus cifras de presión arterial se elevan en menor o mayor grado, esta reacción se conoce como “efecto de bata blanca”. Los registros de presión en casa ayudan al médico a valorar esta situación y a tomar medidas terapéuticas apropiadas, por lo que es de utilidad acudir al médico con estos registros, (bitácora con fecha y hora) de preferencia por escrito. También ayudan las mediciones que se realizan en farmacias y centros de salud.

Las mediciones pueden ser realizadas por equipos manuales (para lo cual el familiar del paciente deberá estar entrenado) o equipos automatizados de marca certificada y nunca de muñeca

¿Por qué se puede descontrolar la presión arterial?

No es raro que la presión se llegue a descontrolar si el paciente toma en forma irregular o suspende por períodos el tratamiento, cuando aumenta la ingesta de sal, si aumenta de peso, si utiliza medicamentos que pueden elevar la presión como los antigripales (cuando se le prescribe algún nuevo medicamento, debe mencionar siempre que es hipertenso) o en

situaciones de estrés.

Causas y Hábitos

Muchos factores pueden afectar la presión arterial:

(Infomet, 2015) indica que usualmente el latinoamericano es obeso, sedentario, fumador, tiene el colesterol elevado y bebe grandes cantidades de alcohol, sobre todo el que vive en la Costa. Entonces, si el sujeto tiene más de 50 años, al factor genético se suma que consume más de dos gramos diarios de sal, tiene 10 kilos encima, fuma cinco cigarrillos diarios, tiene 200 gramos de colesterol, no hace ejercicio y consume tres cervezas al día, estamos hablando del prototipo del ecuatoriano; pues la probabilidad de que tenga presión arterial alta es total. Se une la cantidad de agua y de sal que usted tiene en el cuerpo, el estado de los riñones, el sistema nervioso o los vasos sanguíneos y sus niveles hormonales

Cura para la hipertensión arterial

Según el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zumiran

https://www.epsnutricion.com.mx/dctos/Hipertension_arterial_sistema.pdf. (López, 2016) La hipertensión arterial esencial o primaria no se cura, se controla con medidas higiénico-dietéticas y medicamentos antihipertensivos.

Si el paciente sigue las indicaciones del médico en forma adecuada y toma sus medicamentos correctamente, las complicaciones de la hipertensión disminuyen en gran medida y el paciente lleva una vida cercana a lo normal.

En el caso de la hipertensión secundaria, es posible su curación si se identifica y se trata a tiempo la causa que la origina, antes de que ocasione daño importante a las arterias. El tratamiento es específico y depende de la causa.

Si bajamos el consumo de sal a 1,5 gramos al día, el alcohol a dos copas de vino tinto o a una cerveza; si hacemos 30 minutos de caminata, lograremos un peso ideal y un control más adecuado que solo suministrarle un medicamento



Talleres de promoción de la salud a pacientes hipertensos con enfoque de Atención Primaria de Salud

La comprensión de la prevención de la salud es un aspecto imprescindible para alcanzar el buen vivir, así también enmarcado en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) que es el referente para gestionar la salud desde una óptica diferente en la que se pone énfasis la participación de la ciudadanía en el contexto social y con el propósito de aportar en las condiciones que favorecen la materialización del buen vivir.

En este contexto y para efectos de la propuesta, se realizó una investigación bibliográfica, analizando diversas teorías y conceptos relacionados con las variables correspondientes. Teniendo esto en cuenta se puede decir que la propuesta está fundamentada en función de los datos proporcionados por el Hospital Libolio Panchana para su ubicación de las familias y a los resultados dados en las encuestas aplicadas en donde se observó principalmente la falta de conciencia respecto al falta de los cuidados y a un buen estilo de vida y su importancia en la familia. Se determinó que los talleres deben ser activos y charlas dinámicas promocionando la salud por temas para que tengan más información.

La importancia de esta propuesta está en la utilización de estrategias educativas para el aprendizaje activo enfocadas en la promoción para un mejor estilo de vida saludable dentro del núcleo familiar en la ciudad de Ballenita, provincia de Santa Elena. Junto con la ayuda del personal de salud del Hospital Libolio Panchana y el promotor de salud se logrará que los moradores tomen conciencia de la prevención de su salud.

Hospital Liborio Panchana

El Hospital Liborio Panchana, que es de referencia para la provincia de Santa Elena, alcanzó un porcentaje promedio de calificación del 94.65%. Éste fomenta la atención con calidad y calidez, sin basarse únicamente en estadísticas y cumplimiento de metas, porque se trabaja con la salud de las personas. En ese sentido, resaltó la aceptación por parte de los usuarios, al recibir una atención en salud integral y completa en el área, lo que claramente se confirma con el 97,75 % de satisfacción de los pacientes durante el primer cuatrimestre de 2016, según encuestas realizadas en el nosocomio.

La implementación de la Estrategia de Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales (CONE) es responsable en el manejo adecuado oportuno y uniforme de trastornos gestacionales en las pacientes que ingresan en el área de emergencia y consulta externa del Hospital Dr. Liborio Panchana de la provincia de Santa Elena, proporcionando mecanismos que mitiguen el manejo inadecuado de complicaciones materno-fetal, en la actualidad.

Ciclos de Talleres

Protocolo taller de promotores de salud con énfasis en atención primaria de salud

Día 1

Tema: Antecedentes (origen, tipos de hipertensión, causas, signos y síntomas, impacto social, enfermedades que se asocian, daño orgánico).

Día 2

Tema: Factores de riesgo, edades, sexo, raza, y trabajos más

frecuentes.

Día 3

Tema: ¿Qué hacer cuando presenta signos y síntomas de hipertensión arterial?

Día 4

Tema: Diagnostico mediante toma de presión, realizar electrocardiogramas, Eco Doppler, Holter, puntos de análisis de los exámenes de laboratorio.

Día 5

Tema: Tratamiento (farmacológico, nutrición, exámenes de rutina

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

- En el desarrollo de la metodología se determinó el índice de casos de hipertensión arterial, cuyo resultado es relevante y significativo al total de enfermedades crónicas no transmitidas con un porcentaje del 36.09%.
- En el análisis del nivel de aceptación por parte de los encuestados se determinó que el 65 y 63% desconocen de los programas y servicios enfocados en la salud, que existen en Santa Elena, esta información contrasta con el nivel inferior de importancia que los encuestados consideran en informarse sobre la causa de las enfermedades con un 37%. Sin embargo, dichos encuestados confirman el interés en recibir información para la prevención enfocado en la hipertensión arterial con un 85% y un 25% respectivamente.
- Se identificó que para estructurar los talleres en relación hipertensión arterial se debe contemplar factores: Antecedentes (origen, tipos de hipertensión, causas, signos y síntomas, impacto

social, enfermedades que se asocian, daño orgánico), factores de riesgo, edades, sexo, raza, y trabajos más frecuentes, así como ¿Qué hacer cuando presenta signos y síntomas de hipertensión arterial? Además, del Diagnostico mediante toma de presión, lectura de exámenes de laboratorio. Tratamiento (farmacológico, nutrición,). Estos serían los temas a desarrollar en cinco días en los predios del hospital.

- En función de consultas realizadas en diferentes casos relacionados al tema, desde el punto de vista teórico conceptual y legal se determinó que el modelo ideal para el desarrollo de programas de prevención es el de atención integral de salud.

Recomendaciones

- En consecuencia, a los datos estadísticos de enfermedades crónicas no transmisibles, se debe considerarse para programas preventivos la hipertensión arterial, esta enfermedad según el presente estudio determina un alto porcentaje de casos en el Hospital.

- En la realización de la encuesta y los resultados obtenidos se pudo identificar que es importante que los pacientes conozcan más sobre diferentes enfermedades por medio de programas de salud es un factor imperativo de tomar en cuenta en los proyectos futuros a desarrollarse para la erradicación del mismo .

- En el desarrollo del taller se debe de realizar una evaluación integral por parte de todos los agentes activos y pasivos para una retroalimentación y mejora continua del taller



BIBLIOGRAFIA

(s.f.). Obtenido de http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=40&Itemid=149&lang=es

Asamblea Constituyente. (20 de octubre de 2008). Obtenido de Constitución de la República:

http://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.PDF

Asamblea Nacional. (15 de 12 de 2015). *LEXIS FINDER, Plataforma Profesional de Investigación Jurídica*. Obtenido de <http://esilecdata.s3.amazonaws.com/Comunidad/Leyes/LEY%20ORGANICA%20DE%20SALUD%20Reformado%20el%2018-DIC-2015.PDF>

Decreto Ejecutivo No. 1395. (30 de 10 de 2008). Obtenido de Reglamento de la Ley Orgánica de Salud: http://www.donaciontrasplante.gob.ec/indot/lotaip/mayo_2015/a2/Reglamento%20Ley%20Organica%20de%20Salud.pdf

INEC. (11 de 07 de 2011). *Censo Poblacional y Vivienda 2010*. Obtenido de Ecuador en cifras: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Demografia/documentofinal1.pdf>

INEC. (2011). *Ecuador en Cifras*. Obtenido de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publica

ciones/ Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2014.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2010). *Indicadores Básicos de Salud*. Obtenido de http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sala-de-situacion-ecu&alias=325-indicadores-basicos-ecuador-2010&Itemid=599

Ministerio de Salud Pública. (2012). Obtenido de Manual del Modelo de Atención Primaria de Salud: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Salud en las Américas*. Obtenido de http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=40&Itemid=149&lang=es

Organización Panamericana de la Salud/Organización mundial de la salud. (2007). *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas*. Obtenido de http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf.

Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa*.

Obtenido de <http://parquedelavida.co/index.php/el-parque/banco-de-conocimiento/item/112-carta-de-ottawa-para-la-promocion-de-la-salud-canada-1986>

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2013). *Plan*

Nacional del Buen Vivir.

Obtenido de <http://www.buenvivir.gob.ec/descarga-objetivo>

Crombet, J. S. (2008). Hipertensión Arterial: diagnóstico, tratamiento y control. En J. S. Crombet. Habana, Cuba: Editorial Universitaria del Ministerio de Educación Superior de la República de Cuba. Obtenido de <http://libros.metabiblioteca.org/bitstream/001/336/8/978-959-16-0923-6.pdf>

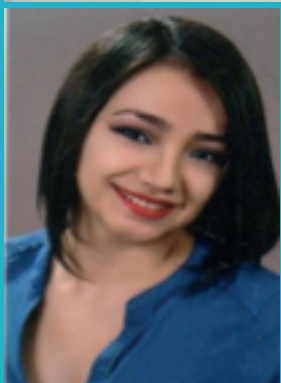
Infomet. (25 de 04 de 2015). *Hipertensión arterial*. Obtenido de <http://temas.sld.cu/hipertension/tag/ecuador/>

Institutos Nacionales de la Salud para pacientes, familiares y amigos. (05 de 04 de 2018). *Medlineplus*. (B. N. Unidos, Productor)
Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000468.htm>
López, M. F. (2016). *Hipertensión arterial sistémica*. (M. Rosas, Ed.)



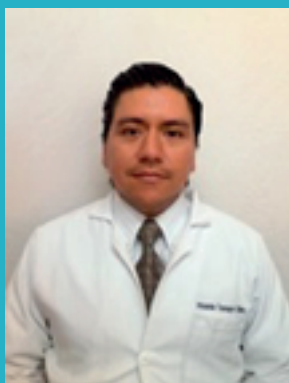
Dr. Hugo Emilio Serrano Moran hesm31@hotmail.com

Médico General graduado en la Universidad de Guayaquil, Tecnólogo en Promoción de la Salud graduado en el Instituto Superior Tecnológico Vicente Rocafuerte, autor del libro Etiología de las Enfermedades Gastrointestinales en Lactantes y del texto Tecnología de información y comunicación, su uso en el análisis de morbilidad. Internado realizado en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor, seminario en prevención y riesgos en salud ocupacional, norma de calidad ISO 14001 Sistemas de Gestión Ambiental, Formador de Formadores por Competencia, 1er Congreso Nacional de Morfología y 1er Curso-Taller de Preparaciones Anatómicas, I Ciclo de Conferencia de Salud Preventiva.



Dra. Kelly Soraya Regalado Aguirre Kelly.s.29@hotmail.com

Médico General graduada en la Universidad Técnica Particular de Loja, autora del libro Tecnología de información y comunicación, su uso en el análisis de morbilidad y del libro Etiología de las Enfermedades Gastrointestinales en Lactantes. Médico General en Funciones Hospitalarias en el área de Pediatría del IESS Hospital Milagro Dr. Federico Bolaños Moreira, Hospital Liborio Panchana Sotomayor. Asistencia y aprobación en los congresos de: VIII Curso Nacional de Actualización en Medicina, V Curso Nacional de Actualización en Medicina Clínica y Especialidades Quirúrgicas, Congreso Internacional de Especialidades Médicas "Lojanos Insignes, Congreso Internacional "Lojanos de Corazón", Diagnóstico y Tratamiento de Infecciones Bacterianas, Virales y Micóticas de la piel, VI Congreso Ecuatoriano de Actualización Quirúrgica y Clínica Médica y Simposio de Urgencias Pediátricas, XIII Congreso Nacional de Cirugía Pediátrica, I Jornadas Internacionales de Cardiología. Asistencia y aprobación en talleres de: Manejo de Vía Aérea, Canalización de Vías Centrales, Trauma Pediátrico.



Dr. Ricardo Antonio Tamayo Otero ratamayocz5@gmail.com

Médico General graduado en la Universidad de Guayaquil, Posgradista en medicina familiar y comunitaria en la Universidad Católica Santiago de Guayaquil; internado rotativo en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón, rural en el Centro de Salud N° 3 Isabela – Galápagos, Jefe de Guardia en el Hospital Básico de Playas, Hospital SOLCA de Guayaquil en el área de Pediatría, Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor en Ginecología Obstetricia; aprobación de congresos de riesgos Obstétricos en el Ecuador: manejo y tratamiento.

Luis Andrés Saldarriaga Zambrano
l.andres1990@hotmail.com



Médico General graduado en la Universidad de Guayaquil, Medico Rural del centro de Salud Dureno en la Parroquia de Dureno, cantón Lago Agrio, internado realizado en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor de la ciudad de Santa Elena, extra mural en el Centro de Salud Anconcito, aprobación de seminario de riesgos obstétricos manejo y tratamiento.