

DICIEMBRE 2021

LÍNEAS ESTRATÉGICAS

PROGRAMA >>> DE SALUD

COMUNITARIA



Líneas estratégicas del PROGRAMA DE SALUD COMUNITARIA

CRUZ ROJA ECUATORIANA Convenio CRE - FUNDACIÓN ALLI CAUSAI

DICIEMBRE 2021

CONSULTORES: Dr. Carlos Rojas
Dra. Aida Aguilar
Fauri Llerena O. MD

1ª. Ed. Ecuador, 2021.
60 pp. 14,8 por 21 cm
Fundación Alli Causai

CONTACTO: (03) 240 7198 - (03) 240 7486

UBICACIÓN: Valencia y Julio César Cañar - Huachi La Joya

E - MAIL: allicausai@hotmail.com

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN: Lcda. Verónica García

CONTACTO: 098 778 0803

E - MAIL: garciavero630@gmail.com

Montecristi, A. C. (2008, ÚLTIMA REFORMA SUPLEMENTO REGISTRO OFICIAL 181, 15-II-2018.). Constitución de la República del Ecuador. Quito: Ediciones Legales.

Organizacion Mundial de la Salud, (. (13 de septiembre de 2021). Organizacion Mundial de la Salud. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organizacion Panamericana de Salud, O. (2018). La carga de los transtornos mentales en la Region de las AMERICAS: PERFIL DEL PAIS. Quito: OPS.

publica, M. d. (29 de agosto de 2017). Public tableau. Obtenido de <https://public.tableau.com/app/profile/darwin5248/viz/Perfil-demorbilidadambulatoria2016/Men>

Sempertegui, J. (2021). Boletín Política Económica, Política social y política fiscal N°15. Guayaquil-Ecuador.: ESPOL. Centro de investigaciones económicas.

UNICEF. (06 de Febrero de 2021). UNICEF. Obtenido de <https://www.unicef.org/ecuador/comunicados-prensa/los-ni%C3%B1os-no-pueden-seguir-sin-ir-la-escuela-afirma-unicef>

Unidas, O. d. (2012). ODS: Objetivos de desarrollo sostenible. Obtenido de ODS: Objetivos de desarrollo sostenible.: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

V, P. (12 de julio de 2020). PLAN V. Obtenido de <https://www.planv.com.ec/historias/sociedad/ecuador-el-alto-costo-del-hambre-y-la-desnutricion-cronica>

Villacis/Daniela, B. (2010). Pais atrevido: la nueva cara sociodemografica del Ecuador edicion especial revista Analitika (INEC). Quito-Ecuador: Revista analitika.

Vistazo, R. (7 de julio de 2021). Vistazo. Obtenido de Preocupante aumento de suicidios en Ecuador este 2021: 37% mas que en 2020: <https://www.vistazo.com/actualidad/nacional/preocupante-aumento-de-suicidios-en-ecuador-este-2021-37-mas-que-en-2020-NI497492>

Yunga, J. (2020). Tableau Public. Obtenido de https://public.tableau.com/app/profile/mortalidadecuador/viz/Mortalidad_Ecuador/P1

Godoy, D. M. (2017). Relaciones y tensiones entre lo urbano y lo rural. Quito-Ecuador: Abya-Yala.

INEC. (2019). Medicion de los indicadores de agua, samiento e higiene (ASH), en Ecuador. Quito-Ecuador: INEC.

INEC. (2021). Registro estadístico de entradas y salidas internacionales. Quito: INEC.

INEC. (2021). Secretaria Nacional de Planificacion. Obtenido de <https://sni-gob.ec/proyecciones-y-estudios-demograficos>

INEC. (s.f.). Instituto nacional de estadística y censos. Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/medidas-para-el-buen-vivir/>

INEC. (s.f.). Instituto nacional de estadística y censos. Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/pobreza-por-ingresos-resultados-2019/>

INEC. (s.f.). Instituto nacional de estadística y censos. Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/archivos_descargables/140829_La_Educacion_en_Cifras.pdf

INEC. (s.f.). Instituto nacional de estadística y censos (INEC). Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/censo-2020-actualizacion-cartografica-avanza-a-zonas-urbanas/>

INEC. (s.f.). Instituto nacional de estadística y censos (INEC). Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/base-de-datos-censo-de-poblacion-y-vivienda/>

INEC. (s.f.). Instituto nacional de estadísticas y censos. Obtenido de Educacion y censo poblacional-vivienda: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Presenciones/capitulo_educacion_censo_poblacion_vivienda.pdf

INEC., S. C. (2021). Boletín Técnico, registro estadístico de defunciones generales. Quito: INEC.

Jose, G. M. (2017). Analisis y proyeccion de la poblacion economicamente activa (PEA) del Ecuador. Quito-Ecuador: INEC.

macro, E. /. (2021). Datosmacro.expansion. Obtenido de <https://datosmacro.expansion.com/paises/ecuador#:~:text=Ecua-dor%2C%20con%20una%20poblaci%C3%B3n%20de,68%20habitantes%20por%20Km2.>

Medina, D. B.-P. (2010). Estimacion de la densidad poblacional del Ecuador continental. Quito-Ecuador.: Analitika.

Ministerio de salud publica, J. Y. (28 de septiembre de 2021). Public. Tableau. Obtenido de https://public.tableau.com/app/profile/mortalidadecuador/viz/Mortalidad_Ecuador/P1

PRESENTACIÓN

Para la Cruz Roja Ecuatoriana constituye un desafío adaptarse a las nuevas condiciones, que la pandemia del covid-19 y sus consecuencias socioeconómicas han marcado en el mundo y en nuestra realidad ecuatoriana. Lamentablemente el dolor ha sido el maestro que nos enseña los límites que tenemos los sistemas de salud, en respuesta a una crisis.

El actual directorio de la Cruz Roja Ecuatoriana, su presidente el Dr. Roque Soria Vasco como un verdadero profesional de la salud desde el inicio de su gestión ha buscado potenciar la capacidad instalada, orientar el accionar en tres grandes ejes: la vertiente humanitaria de acción emergente, la red de centros de atención especializada y la estrategia de atención primaria de salud comunitaria.

En varios momentos como Fundación Alli Causai, nos hemos encontrado en el terreno, coordinando acciones, apoyando propuestas, con la Junta Provincial de la Cruz Roja de Tungurahua. Tanto en eventos naturales emergentes, como en formación de recursos comunitarios en salud. Estamos como institución comprometidos en brindar nuestra experiencia, dentro del marco del convenio interinstitucional vigente, para la implementación de la estrategia de Atención Primaria de Salud.

Para enfrentar la actual pandemia y sus consecuencias, como para apoyar en las áreas prioritarias de movilidad humana y gestión de riesgos. Los elementos, las líneas de acción y los instrumentos de la estrategia de APS son de inmensa utilidad.

Reconocemos que en la elaboración colectiva de este documento, estuvo presente el apoyo de la Sede Central, sus directivos y técnicos, las autoridades y equipos de las Juntas Provinciales, esperamos que el documento exprese con verdad el interaprendizaje efectuado, el potencial se podrá evaluar cuando recreemos la propuesta en la acción.

DR. CARLOS ROJAS
PRESIDENTE FUNDACIÓN ALLI CAUSAI

ÍNDICE

1.

ECUADOR 2021 - DETERMINANTES SOCIALES

1.1 INDICADORES DEMOGRÁFICOS	08
1.1.1 Densidad poblacional	10
1.1.2 Flujos migratorios	10
1.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	11
1.2.1 Enfermedades Transmisibles	12
1.2.2 Causas de Mortalidad	13
1.2.3 Causas de Morbilidad	13
1.3 LA MAL NUTRICIÓN COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA	14
1.4 SALUD MENTAL	15
1.5 PANDEMIA COVID-19	17
1.6 CONDICIONES SOCIO - ECONÓMICAS	19
1.6.1 Pobreza	19
1.6.2 Empleo pleno	20
1.6.3 Escolaridad en niños	21
1.6.4 Agua segura	21
1.6.5 Saneamiento	22

2.

MARCO LEGAL

2.1 CONSTITUCIÓN DEL ECUADOR	24
2.2 PLAN NACIONAL DE DESARROLLO	26
2.3 OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE ONU	29
2.4 PRIORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	30
2.5 ESTRATEGIA 2030	31

Agua, A. d. (2019). Benchmarking de prestadores publicos de los servicios de Agua Potable y Saneamiento en el Ecuador. Quito: Agencia de Regulacion y Control de Agua.

Andrea Molina Vera, M. P. (2018). Agua, saneamiento e higiene: Medicion de las ODS en Ecuador. Quito-Ecuador: Carla Aguas, h2ostudio.

Carrillo, B. V. (2012). Pais atrevido: La nueva cara sociodemografica del Ecuador. Quito: INEC.

CENSOS-INEC, I. N. (2016). Estadísticas vitales. Registro de estadísticas de nacidos vivos y defunciones. Quito-Ecuador.: INEC.

Centro de investigaciones economicas, E. (2021). Politica fiscal y politicas economicas . Quito: FCSH-ESPOL.

CICR. (2018). Estrategia del CICR para el periodo 2019-2022. Ginebra: CICR.

Cooperacion andina de fomento (CAF), V. d. (2004). Ecuador, analisis del sector agua potable y saneamiento. Cuenca-Ecuador.

Cruz, H. N. (2019). Mortalidad materna en el Ecuador: una mirada critica. Quito: Arcoiris Producción Gráfica.

Desarrollo, S. N. (2016). Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021. Toda una vida. Quito: Secretaria Nacional de Planificacion y Desarrollo.

Ecuador, G. d. (2020). Evaluacion socioeconomica PDNA Covid-19 Ecuador. Quito-Ecuador.: Gobierno del Ecuador.

Cruz, H. N. (2019). Mortalidad materna en el Ecuador: una mirada critica. Quito: Arcoiris Producción Gráfica.

Desarrollo, S. N. (2016). Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021. Toda una vida. Quito: Secretaria Nacional de Planificacion y Desarrollo.

Donoso, D. J. (2017). Manual de intervencion en crisis. Ambato: Fundacion Alli Causai.

Ecuador, G. d. (2020). Evaluacion socioeconomica PDNA Covid-19 Ecuador. Quito-Ecuador.: Gobierno del Ecuador.

Ecuador, O. s. (20 de diciembre de 2021). Observatorio social del Ecuador. Obtenido de <https://www.covid19ecuador.org/fallecidos>

Encuesta Nacional de Empleo, D. y.-E. (s.f.). Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo - ENEMDU. Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/empleo-desempleo-y-subempleo/>

ENEMDU, D. d. (12 de agosto de 2019). Instituto Nacional de Estadísticas y censos. Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Sitios/ENEMDU_ACUMULADA/index.html

5. BIBLIOGRAFÍA

(ARCA), A. d. (2019). Benchmarking de prestadores publicos de los servicios de agua potable y saneamiento en el Ecuador. Quito: ARCA.

(CICR), C. I. (2010). Estrategia 2020, Salvar vidas, cambiar mentalidades. Ginebra: FICR.

(CRE), C. R. (2021). Plan estrategico 2021-2025. Quito: CRE.

(IFCR), F. I. (2015). Estrategia 2030: una plataforma para el cambio. Ginebra: IFCR.

(INEC), D. M. (s.f.). Instituto nacional de estadistica y censos. Obtenido de <https://datosmacro.expansion.com/demografia/riesgo-pobreza/ecuador>

(INEC), I. n. (2012). Proyeccion de la poblacion de la Republica del Ecuador. Quito: INEC.

(MSP), M. d. (2022). Plan Decenal de Salud 2022-2031. Quito: MSP.

-, S. -S.-S. (2014). Agua potable y alcantarillado para erradicar la pobreza en el Ecuador. Quito-Ecuador: SEMPLADES.

affairs, U. N. (2019). International migrant stock 2019: Conuntry profile Ecuador. United nations.

2.6 ESTRATEGIA CICR	32
2.7 ESTRATEGIA NACIONAL CRUZ ROJA ECUATORIANA	33

3. EJES METODOLÓGICOS

3.1 ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	36
3.2 ELEMENTOS DE LA APS	39
3.3 RECURSOS HUMANOS PARA LAS APS	41
3.4 PROMOCIÓN DE LA SALUD	42
3.5 LA EPIDEMIOLOGÍA COMUNITARIA	42
3.6 LA EDUCACIÓN SANITARIA	44

4. LÍNEAS ESTRATÉGICAS

4.1 ORGANIGRAMA	46
4.2 EJES ESTRATÉGICOS	47

5. PROYECTOS

5.1 ACCESOS A MEDIOS DE VIDA Y AUTO ABASTO DE ALIMENTOS PARA GRUPOS VULNERABLES	49
5.2 ESCUELAS DEL BUEN COMER	50
5.3 DIAGNÓSTICO TEMPRANO EN PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	52
5.4 BRIGADAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA COMUNITARIA	54
5.5 ENVEJECIMIENTO SALUDABLE	55

6. BIBLIOGRAFÍA

4.4 ENVEJECIMIENTO

SALUDABLE



Objetivo General

Contribuir al desarrollo de condiciones de vida favorables para los adultos mayores, que promuevan un envejecimiento activo, participación social, aprendizaje significativo a través de proyectos de salud integral.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desarrollar un paquete educativo a ser implementado en los centros de cuidado diario y los clubs del adulto mayor que ofrezca gimnasia terapéutica, ludo terapia, gastronomía.
- Organizar un colectivo de terapia física domiciliaria y prevención de accidentes que establezca una zona de intervención donde se pueda responder a la demanda de apoyo técnico por parte de las familias de adultos mayores dependientes.
- Promover un sistema de apoyo psicológico para los adultos mayores que funcione de manera individual o colectiva para las necesidades de la vida cotidiana.
- Desarrollar un centro social para aprendizaje significativo de los adultos mayores.

4.4 Brigadas de vigilancia

EPIDEMIOLOGÍA COMUNITARIA

Objetivo General

Fortalecer la estrategia de control epidemiológico, respuesta temprana y formación de recursos en la comunidad. Estrategia que considera la participación organizada de toda la población, la coordinación interinstitucional y el financiamiento con recursos locales y de las instituciones del Estado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Las comunidades vulnerables implementan acciones de prevención y control centradas en la detección oportuna y manejo de los problemas prevalentes de salud, da seguimiento, reconoce a personas con factores de riesgo, con recursos locales bilingües.
- Se mejora el acceso a una respuesta de primer auxilio, triage y derivación, con una visión integral que complemente la respuesta con medicamentos, medicina tradicional y apoyo emocional.
- Establecer un proceso de educación, información y comunicación que utilizando la dinámica propia de las comunidades pueda llegar a establecer una información universal para la comunidad y la capacitación de personal local a profundidad que permita el apoyo cercano en cada comunidad.
- Escuela de formación de brigadistas comunitarios en control de infecciones.

1. ECUADOR 2021

DETERMINANTES SOCIALES

1.1 Indicadores demográficos

ECUADOR



El Ecuador se encuentra en América del Sur, limitado al norte por Colombia y al Sur por el Perú, atravesado por la cordillera de los Andes que le divide en tres regiones Costa y Amazonia de clima tropical y la Sierra con varios pisos ecológicos, además, cuenta con un territorio insular de importancia mundial las Islas Galápagos. Tiene 24 provincias, 269 cantones y 9 Zonas de Planificación. Siete zonas transversales más dos grandes distritos Quito y Guayaquil.

Población y tasa de

CRECIMIENTO SEGÚN SU ÁREA

Tabla 1 Población y tasa de crecimiento según área

Año / Porcentaje	1990	%	2010	%	2020	%
Área Urbana	2.737.410	38,61%	9.090.786	62,76%	11.201.131	63,96%
Área Rural	4.351.278	61,37%	5.392.713	37,23%	6.309.512	36,03%
Total	7.090.678	100%	14.485.509	100%	17.512.663	100%

Fuente: (Godoy, 2017) (INEC, Instituto nacional de estadística y censos (INEC), s.f.), (INEC, Secretaría Nacional de Planificación, 2021) Elaboración: FAC

Su población proyectada al 2020 fue de 17.512.663 habitantes con un alto porcentaje de población mestiza y pueblos y nacionalidades que le convierten en un país multiétnico y pluricultural.

Hay un crecimiento sostenido pues desde 1990 ha crecido 2.5 veces hasta el 2020 (Tabla 1). Por las características de la estructura poblacional, se encuentra en pleno proceso de transición demográfica.

- 

Diseñar, aplicar y evaluar acciones de salud mental, psicoeducación, prevención de problemas de salud mental basadas en el desarrollo de habilidades para la vida y acciones iniciales de atención de emergencias de salud mental en los niños/as de los establecimientos del programa.
- 

Colectivo de apoyo mutuo para familias y pacientes con problemas de salud mental.
- 

Establecer un sistema de información permanente sobre las actividades de promoción de la salud mental, prevención de los trastornos de la salud mental, desarrollo de habilidades sociales.
- 

Diagnóstico de los problemas de salud mental prevalentes en los establecimientos educativos, mediante participación de padres y niños.
- 

Atención de los problemas de salud mental de los escolares mediante intervenciones locales que impliquen la participación de los niños, los padres e interrelación con el sistema de salud.
- 

Desarrollo de habilidades para la vida y mecanismos de autoprotección y cuidados en los niños.
- 

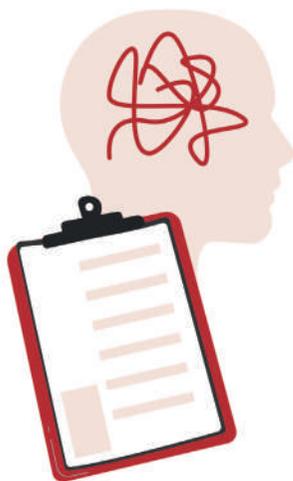
Conversión de la escuela en espacio de protección y prevención de los trastornos de salud mental basado en cumplimiento de derechos e interés superior de los niños.
- 

Espacio educativo entre pares "mi loca historia" para personas con trastornos del ánimo y sus familias.
- 

Centro de Referencia aquí estoy yo, consejería para crisis personales.

4.3 Diagnóstico temprano

EN PROBLEMAS DE SALUD MENTAL



La intervención integral preventiva y promocional en salud mental debe realizar una identificación de los problemas desde la infancia, el espacio indicado para este proceso es la escuela, la relación cotidiana de los maestros con los estudiantes permite distinguir quienes requieren apoyo terapéutico, pueden fortalecer la constitución de un espacio libre de violencia, de protección y cuidado. el triángulo educativo de profesores, padres de familia y estudiantes pueden conjuntamente apoyar el bienestar y desarrollo de los infantes.

Objetivo General

Desarrollar un programa de promoción, prevención y atención de los problemas de salud mental identificados en los escolares con participación activa de los niños, los padres y los educadores.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

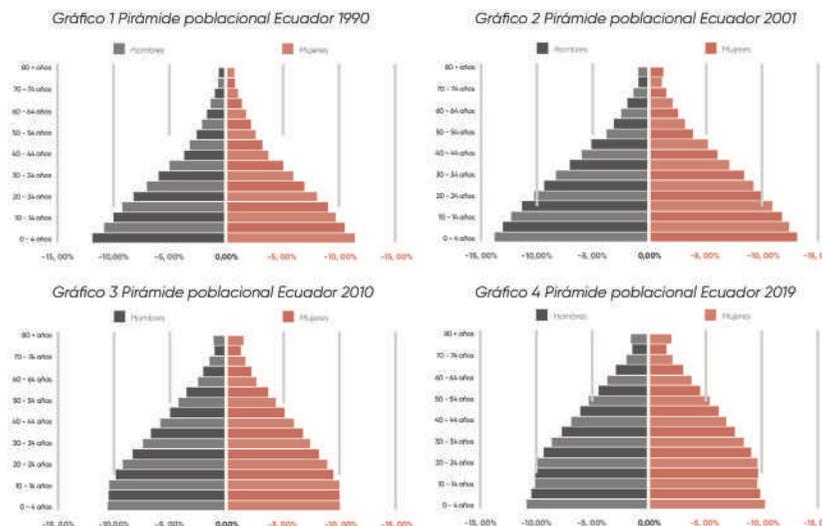
Organizar los equipos de trabajo en salud mental a nivel de los establecimientos educativos seleccionados.

Capacitar, evaluar, dar asistencia técnica y apoyo a los equipos de trabajo, en la aplicación de herramientas aplicables en cada uno de los componentes del programa.

El mayor porcentaje de su población está en los grupos etarios de 5 a 40 años, con un progresivo proceso de reducción de los nacimientos y un aumento en la esperanza de vida.

En los gráficos que siguen se evidencia los cambios en la forma de la pirámide.

Pirámide poblacional con ANÁLISIS DE LOS GRUPOS POBLACIONALES POR EDAD Y SEXO



Fuente: (Villacís/Daniela, 2010) (INEC, Instituto nacional de estadística y censos (INEC, s.f.), (INEC, Secretaría Nacional de Planificación, 2021) Elaboración: FAC

A partir de la mitad del siglo pasado hay una tendencia a la migración desde el campo hacia la ciudad desde el campo hacia la ciudad pues el crecimiento de la explotación petrolera y la agroindustria generaba fuentes de trabajo. Eso configura muchos barrios periféricos a las grandes ciudades, fruto de la invasión de la tierra y el comercio por grupos no formales en su interior.

Esta urbanización informal de rápido crecimiento impide dotar de servicios básicos y genera un mayor gasto por

parte del Estado. Las ciudades con rápido crecimiento tienen al momento un tercio de la población total.

La tasa de fecundidad es de 2.5 hijos por cada mujer como promedio nacional, con diferencias importantes entre las mujeres indígenas y afroecuatorianas con 4,4 y 4 hijos por cada mujer respectivamente. Que se explica entre otras cosas por las condiciones socioeconómicas deficitarias que aún se observan en estos grupos poblacionales.

Densidad POBLACIONAL

La densidad poblacional del Ecuador, es la más alta de toda América del Sur, sin embargo, su distribución está concentrada en grandes ciudades como Guayaquil y Quito, provincias de Guayas y Pichincha. (Tabla 2)

Tabla 2 Densidad poblacional

BAJA			
Provincia	Hab. (2020)3	Área (km²)	Densidad (hab./km²)
Pastaza	114 202	29 068	3,93
Orellana	161 338	21 691	7,44
MEDIA			
Provincia	Hab. (2020)3	Área (km²)	Densidad (hab./km²)
Cañar	281396	3 669	76,7
Cotopaxi	488716	6 085	80,31
ALTA			
Provincia	Hab. (2020)3	Área (km²)	Densidad (hab./km²)
Guayas	4 387 434	15 927	275,47
Pichincha	3 228 233	9 692	333,08

Fuente: (macro, 2021) (Medina, 2010) (Carrillo, 2012) (INEC) l. n., 2012), (INEC, Secretaría Nacional de Planificación, 2021) Elaboración: FAC

Flujos migratorios

A partir del año 2000 el Ecuador ha tenido varios picos de migración provocados por la crisis en el empleo. La mayor parte de migrantes han buscado en Estados Unidos, España e Italia una nueva oportunidad que permita la mejora familiar. En los 3 últimos años el flujo migratorio

de mayor importancia está provocado por el éxodo de población venezolana que eleva los indicadores de pobreza y marginalidad. La población ecuatoriana que migra, es similar al número de población extranjera que ingresa y se queda en el país, equilibrando las cifras. (Gráfico 5)

Gráfico 5 Flujos migratorios



Fuente: (affairs, 2019), (INEC, Registro estadístico de entradas y salidas internacionales., 2021) Elaboración: FAC

En este sentido se plantea la implementación de las escuelas del buen comer, en donde los niños puedan recibir alimentos de buena calidad y contenido nutricional como elemento básico para la superación de la desnutrición infantil y mejora del rendimiento escolar de los mismos.

Para ello se plantean los siguientes objetivos.

Objetivo General

Establecer el programa de escuelas del buen comer como un sistema de mejora de la situación nutricional de los niños que contribuya a la mejora de su rendimiento escolar, basado en participación activa de los principales miembros de las comunidades educativas locales: docentes y autoridades escolares locales, padres de familia y niños de los establecimientos seleccionados

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Diseñar el conjunto de criterios de selección de los establecimientos educativos en base a indicadores, sociales, culturales y educativos.
- Elaborar, planificar, dar seguimiento y evaluar la capacitación a los equipos de trabajo locales de los establecimientos educativos seleccionados.
- Desarrollar hábitos alimentarios y nutricionales y fomentar el uso de productos locales para mejorar el estado nutricional de los niños de educación inicial y de educación básica seleccionados para el programa.
- Diseñar y aplicar un sistema de vigilancia del estado nutricional y rendimiento escolar en la población de educación inicial y básica, con participación de actores locales.
- Supervisar el cumplimiento de la normativa de bares escolares y motivar el control comunitario de las ventas fuera del establecimiento con el objetivo de disminuir la oferta de alimentos de bajo valor nutricional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mejorar la producción y consumo de productos que provienen de huertos familiares que garanticen la seguridad alimentaria y nutricional (SAN) y permitan mejorar los ingresos de las familias beneficiarias (en el caso de ser comercializados) facilitando insumos, herramientas y canales de comercialización.
- Ofertar alternativas de formación laboral para mejorar las posibilidades de inserción laboral posterior a la epidemia COVID-19.
- Desarrollar entre las familias beneficiarias del proyecto un equipo de vigilancia epidemiológica comunitaria que tenga una visión integral de atención primaria de salud.
- Impulsar espacios de encuentro cultural que fortalezca la identidad de los inmigrantes, permitiendo también el intercambio cultural con la población local. Tanto para los migrantes internos como los externos.
- Implementar un equipo de apoyo provincial en necesidades educativas especiales para la integración educativa de los niños, niñas y adolescentes migrantes.

4.2. Escuelas del Buen Comer

ARTÍCULOS



La situación nutricional requiere intervenciones integrales e intersectoriales integradas que permitan superar las múltiples deficiencias observadas que implican no solo carencias sino exceso en el aporte de los componentes nutricionales macro como son las proteínas, carbohidratos y las grasas, a las que se debe complementar con micronutrientes que suelen estar contenidos en los diferentes alimentos.

1.2 Perfil Epidemiológico

ECUADOR



El Ecuador tiene al momento un perfil epidemiológico mixto, pues se presentan problemas ligados a la modernidad, junto a problemas que por nuestra situación socio económica permanecen, un sistema de salud heterogéneo con una visión centrada en los hospitales, un déficit global en infraestructura, recursos humanos e investigación de salud.

Los tres pilares epidemiológicos están relacionados con la malnutrición, trastornos mentales y las enfermedades transmisibles. Si bien afecta a todos los grupos etarios, se incrementa en los extremos de la vida: niños y adultos mayores. Con mayor frecuencia en las personas que viven en la pobreza con menos acceso de educación y salud.

Hay preocupación en el Sistema Nacional de Salud por las enfermedades transmisibles que están emergiendo, sumado a un descenso de las coberturas de vacunados entre grupos vulnerables y migrantes.

Los trastornos metabólicos asociados a la sobre nutrición y al sedentarismo son responsables de las cinco primeras causas de mortalidad como: enfermedades isquémicas, hipertensión arterial, diabetes mellitus, accidentes cerebrovasculares.

Además, se observa un aumento sostenido de las neoplasias sobre todo del aparato digestivo, las cuales también están dentro del grupo de las enfermedades no transmisibles y que por sus implicaciones en el bienestar del paciente y su familia configuran un gran peso de las denominadas enfermedades catastróficas.

Los trastornos del sistema nervioso y la conducta, como las adicciones, depresión, ansiedad y otros, son fruto de múltiples factores hereditarios, familiares, laborales y sociales. Constituyendo el segundo bloque causal para la muerte, sobre todo en jóvenes.

La persistencia en la mortalidad de las enfermedades transmisibles por agua, aire y vectores a causa de las condiciones de vivienda hacen que se mantenga presente nuestro antiguo perfil de morbilidad y mortalidad. (Tabla 4)

Desde el año 2007 al año 2015 se han duplicado los egresos hospitalarios por las enfermedades no transmisibles, tanto cardiovasculares, diabetes mellitus, la insuficiencia renal crónica y neoplasias.

El tratamiento hospitalario y el seguimiento de las enfermedades no transmisibles encarecen las actividades del sistema público y aumenta el gasto de bolsillo en salud de la

población, por ejemplo: La atención de diálisis de un paciente con insuficiencia renal tiene un gasto mensual 1,456 dólares que significa 3,2 veces el salario básico unificado.

Tasa de mortalidad

INFANTIL - MATERNA

Tabla 3 Tasa de mortalidad materno-infantil

AÑO	MUERTE INFANTIL*	RMM* Tasa por 100000 nv*
1990	21,8	185
2000	15,5	103
2010	9,3	59,9
2020	7,7	57,6

Fuente: (CENSOS-INEC, 2016), (INEC, 2021), (Cruz, 2019) Elaboración: FAC

*RMM razón de mortalidad materna
*Tasa x 1000 nacidos vivos

Si bien las tasas de mortalidad infantil y materna han disminuido, todavía son muy altas en relación con otros países de América Latina y el mundo. (Tabla 3) Por cada muerte infantil en provincias como Pichincha se producen tres muertes en la provincia de Chimborazo, por las condiciones de pobreza de la población indígena.

Enfermedades

TRANSMISIBLES

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) se mantienen como la principal causa de enfermedad en la atención ambulatoria, seguido de las diarreas y parasitosis intestinal conforme datos del 2017. (Tabla 5)

La tuberculosis y el VIH tienen un comportamiento estacionario, concentrados más en las Provincias de la Costa sobre todo en los barrios de menores recursos de Guayaquil. Preocupa la presencia permanente de nuevas infecciones por VIH.

Hay problemas en la adherencia al tratamiento y el abastecimiento de medicamentos, se suspende con



frecuencia lo cual permite el incremento de la transmisión de la enfermedad. Del total estimado de pacientes con VIH, solamente el 60% conoce su diagnóstico; de ellos, el 78% se encuentran en tratamiento antiretroviral, de los pacientes en tratamiento menos del 50% tienen carga viral indetectable.

De las vectoriales, el dengue es la que mayor número de casos presenta, aunque han reaparecido nuevamente casos de malaria.

4.1. Acceso a medios de vida

Y ABASTO DE ALIMENTOS PARA GRUPOS VULNERABLES.

De las evaluaciones realizadas por las instituciones humanitarias que están en contacto permanente con las personas en movilidad, se establece como prioridad para quienes desean la inserción en el País el acceso a ingresos y la alimentación. Se estima que medio millón de personas buscan una nueva oportunidad de vida, que implica acceso alimentos, empleo, educación y salud.

Si bien podemos priorizar las comunidades de emigrantes con las que mantiene contacto la Cruz Roja Ecuatoriana, la necesidad es compartida también por las familias ecuatorianas que se encuentran en los quintiles 1 y 2 de pobreza. (Desarrollo, 2016) La propuesta busca generar en las familias propuestas de auto abasto de alimentos con la producción de hortalizas en huertos urbanos, la cría familiar de animales de granja, la formación laboral para artesanía, turismo y servicios. El enlace con los establecimientos de educación y salud.



Objetivo General

Mitigar los impactos socioeconómicos y sanitarios de la epidemia COVID-19 en la población de migrantes con los que se relaciona la CRE, en el mediano plazo con un enfoque culturalmente sensible y adecuado a la realidad local.

Causas de MORTALIDAD

Tabla 4 Causas de mortalidad

1997	2007	2020
1 Influenza y neumonía	1 Diabetes Mellitus	1 Enfermedades isquémicas del corazón
2 Enfermedades cerebrovasculares	2 Enfermedades cerebrovasculares	2 COVID-19, virus identificado
3 Insuficiencia cardíaca, complicaciones y enfermedades mal definidas	3 Enfermedades hipertensivas	3 Diabetes Mellitus
4 Enfermedades hipertensivas	4 Influenza y neumonía	4 Influenza y neumonía
5 Ciertas afecciones originadas en el periodo prenatal	5 Enfermedades isquémicas del corazón	5 Enfermedades hipertensivas
6 Accidentes de transporte terrestre	6 Accidentes de transporte terrestre	6 Enfermedades cerebrovasculares
7 Enfermedades isquémicas del corazón	7 Insuficiencia cardíaca, complicaciones y enfermedades mal definidas	7 Enfermedades del sistema urinario
8 Diabetes Mellitus	8 Agresiones (Homicidios)	8 Accidentes de transporte terrestre

Fuente: (Ministerio de salud pública, 2021), (Yunga, 2020) Elaboración: FAC

Causas de MORBILIDAD

Tabla 5 Causas de morbilidad

CAUSAS DE MORBILIDAD/ CIE-10	TOTAL
1 J00x - Rinofaringitis Aguda [Resfriado Común]	9,36%
2 B829 - Parasitosis Intestinal Sin Otra especificación	6,30%
3 J039 - Amigdalitis Aguda No Especificada	5,56%
4 N390 - infección De vías Urinarias Sitio No Especificado	5,44%
5 J029 - Faringitis Aguda No Especificada	4,15%
6 A09x - Diarrea Y Gastroenteritis De Presunto Origen Infeccioso	3,33%
7 N760 - Vaginitis Aguda	2,23%
8 I10x - hipertensión Esencial (Primaria)	1,80%
9 R51x - Cefalea	1,56%
10 K297 - Gastritis No Especificada	1,38%

Fuente: (pública, 2017) Elaboración: FAC

5. PROYECTOS

1.3 La malnutrición

COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

La malnutrición entendida como la presencia del déficit o exceso nutricional asociado a estilos de alimentación poco saludables, dificultades en el acceso y manejo de alimentos es un problema que ha acompañado a la población ecuatoriana desde hace mucho tiempo.

Los cambios en los hábitos alimenticios provocan un consumo excesivo de carbohidratos con insuficiente aporte de micronutrientes, provocando comorbilidades como anemia.

Hay un crecimiento sostenido de la

obesidad a edades tempranas, que iniciándose en la infancia, crece afectando a todos los grupos etarios. El 30% de la población general y de los escolares al momento tienen sobre peso y obesidad.

La población con desnutrición crónica se encuentra en mayor porcentaje en la población urbano-periférica, y en las zonas rurales, con población indígena y afroecuatoriana con mayor impacto en los quintiles 1 y 2 de ingreso. (Desarrollo, 2016) El porcentaje de desnutrición crónica en el Ecuador es del 30%.

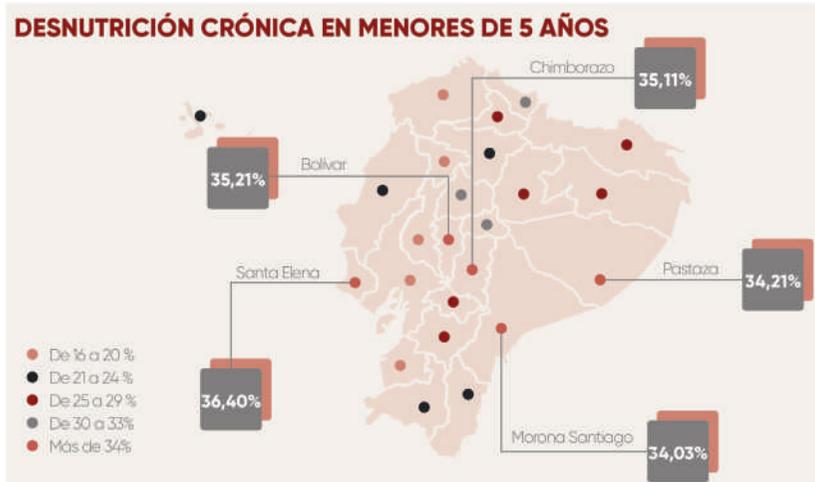


Ilustración 1 Desnutrición crónica en menores de 5 años. Fuente: (V, 2020) Elaboración: FAC.

En el país, se conoce que las tasas de desnutrición más altas la tenemos en las provincias de Santa

Elena (36,4%), Bolívar (35,21%), Chimborazo (35,11%), Pastaza (34,2%) y Morona Santiago (34,04%). (Ilustración 1)

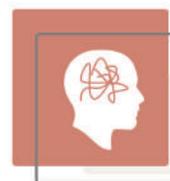
4.2 Ejes estratégicos



Mitigar los impactos socioeconómicos y sanitarios de la epidemia COVID-19 en la población de migrantes con los que se relaciona la CRE, en el mediano plazo con un enfoque culturalmente sensible y adecuado a la realidad local.



Impulsar en los niños y jóvenes un cambio en sus preferencias nutricionales que eviten el consumo de alimentos sin valor nutricional



Apoyar los esfuerzos de prevención de trastornos mentales con diagnóstico temprano, educación familiar y apoyo psicosocial comunitario



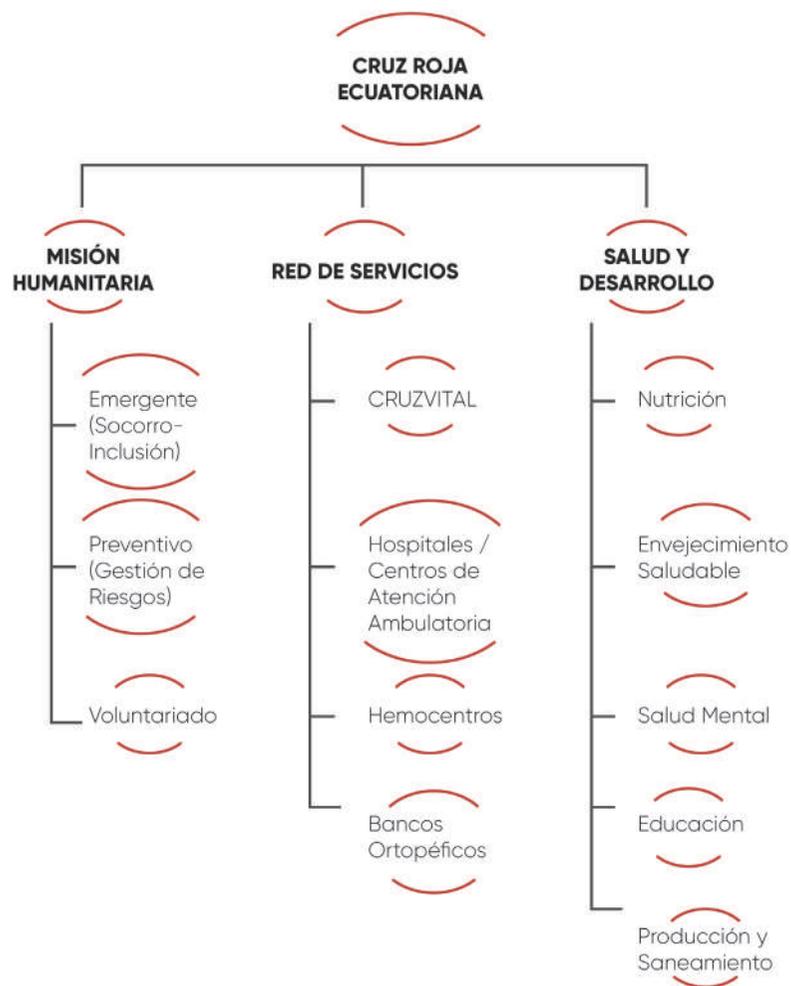
Desarrollar ambientes y entornos saludables para impulsar el envejecimiento activo y socialmente productivo



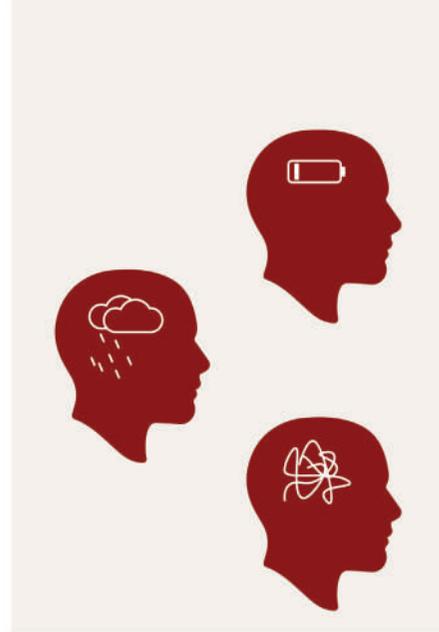
Formar recursos humanos elegidos por su comunidad para responder en la vigilancia epidemiológica, el primer auxilio y las enfermedades prevalentes de la infancia

4.1 Organigrama

DE LA CRUZ ROJA



Elaboración: FAC



1.4 Trastornos

DE SALUD MENTAL

Es una paradoja conocer la frecuencia, el impacto y el dolor social que provocan los problemas de salud mental, frente a una respuesta marginal, paupérrima y moralista.

Los trastornos del ánimo como la depresión, ansiedad, el trastorno bipolar se relacionan con otros problemas que tienen relevancia epidemiológica como las enfermedades nutricionales, la accidentabilidad, violencia y las enfermedades de transmisión sexual.

Frente a esto el sistema de salud tiene respuesta curativa limitada, con un pobre horizonte preventivo de largo plazo.

En varios estudios realizados las consultas médicas en las unidades de primer nivel, los problemas de salud mental tienen del 10 al 25% del total, esto significa una carga muy importante para cualquier sistema de salud.

La prevalencia de suicidio en el mundo está entre 26 a 37 por 100.000 habitantes, en América Latina se tiene una prevalencia entre el 6 y 13 por 100.000 habitantes, aunque hay duda de la certeza de los datos por los mecanismos de registros y el estigma. En el Ecuador en los últimos treinta años han aumentado de manera progresiva la prevalencia de suicidio. Se mantiene alrededor de 7 por 100.000 habitantes.

El suicidio es preferentemente masculino, joven, urbano y está concentrado en las grandes ciudades Quito, Guayaquil, Cuenca y Manta. Mientras la consulta de los problemas del ánimo es mayor en las mujeres, el suicidio es cuatro veces más frecuente en los hombres.

Se estima que trescientos millones de personas sufren depresión en el mundo, un millón de personas mueren cada año por suicidio. Este problema tiene mucha mayor prevalencia en el grupo etario de los adultos jóvenes. Los intentos de suicidio son veinte veces el número de suicidios consumados. (Organización Mundial de la Salud, 2021)

La pandemia COVID-19 incrementa el número y la gravedad de los trastornos mentales. La frecuencia

es mayor en la población especialmente vulnerable como los inmigrantes externos e internos. En los dos últimos años se elevó en 35% los eventos autolíticos de acuerdo con las cifras del ECU 911. (Vistazo, 2021).

Frente a la dimensión del problema, los costos que genera por ausentismo laboral, el sistema nacional de salud

destina menos del 1% del presupuesto a salud mental. De este rubro se destina el 80% a cubrir los costos de la atención hospitalaria. En el primer nivel del sistema público de salud hay 706 psicólogos para un total de 1912 unidades operativas.

El deficit de recursos humanos se evidencia en la siguiente tabla (Tabla 6).

Tabla 6 Recursos humanos para salud mental

SALUD MENTAL	NACIONAL *	MUNDIAL *
PSICÓLOGOS	0,4	20
PSIQUIATRAS	0,33	22
TRABAJADOR SOCIAL	0,64	203
ENFERMERAS EN SALUD MENTAL	0,12	123
Tasa por 100.000 habitantes*		

Fuente: (INEC, Instituto nacional de estadística y censos (INEC), s.f.), Fuente especificada no válida., Fuente especificada no válida. Elaboración: FAC

Las recomendaciones de la última evaluación realizada por la OPS se debe fortalecer:

1. Dispensar tratamiento en atención primaria
2. Asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos.
3. Prestar asistencia en la comunidad; educar al público; involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores.
4. Abogar por políticas, programas y legislación a escala nacional.
5. Desarrollar recursos humanos, establecer vínculos con otros sectores; vigilar la salud mental de las comunidades y apoyar nuevas investigaciones

Fuente: (Organización Panamericana de Salud, 2018). Elaboración: FAC

4. LÍNEAS ESTRATÉGICAS

3.6 La Educación Sanitaria

Fue Albert Einstein quien señaló que "Aprender es experiencia, lo demás es solo información". El hecho de aprender se da entre todos los animales. Desde luego, sucede aún más y mejor, entre las personas. Se entiende por aprendizaje, a todo cambio de comportamiento, más o menos estable, debido a la experiencia y a la práctica.

El aprendizaje se genera mediante cuatro etapas o momentos:

- La experiencia concreta
- La observación y reflexión
- La conceptualización y abstracción y
- La aplicación práctica.

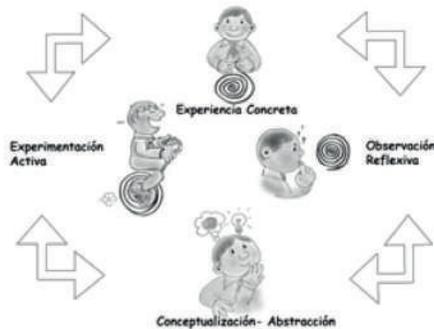


Ilustración 2 Educación basada en la experiencia. Fuente: (Donoso, 2017).
Elaboración: FAC

Este proceso educativo está dirigido más hacia la salud que hacia la enfermedad, con énfasis en los aspectos preventivos promocionales, que en los aspectos eminentemente curativos, con una visión integral e integradora, apoyándose de manera permanente en la acción colectiva.

Busca mantener redes de educación continua, donde los facilitadores sean los puentes para acceder a la información generada por los centros formadores de recursos, aprovechando la conectividad informática y los programas interactivos de auto-aprendizaje.

El modelo de educación considera como escenario pedagógico la comunidad, salir de la estructura formal del aula al ámbito donde están los estudiantes, desarrollando equipos de trabajo que se puedan apoyar solidariamente.

Un proceso educativo que privilegie los mecanismos de búsqueda, análisis, síntesis y construcción de un nuevo conocimiento, abiertos a las nuevas corrientes de aprendizaje basado en la evidencia, sin privilegiar solamente el análisis estadístico, matizándolo con la investigación cualitativa social.



1.5 Pandemia

COVID-19

Los dos últimos años marcan la situación socio sanitaria de manera global, la pandemia nos llegó sin aviso, demostrando que, como sistema de salud solamente reactivo, no tenía una visión integral que haga de la prevención una práctica cotidiana.

Además, la respuesta política que mantiene una imagen por sobre toda lógica e información técnica, permitió que en Guayaquil se dé la primera ola de contagio con un dramático número de muertos. Eso hizo posible un cambio de conducción que, aunque tardío, dio otros indicadores a la epidemia en la Sierra y Costa Norte.

Las 78.709 muertes en exceso desde 1 de enero del 2020 hasta 20 de diciembre del 2021, con 33.614 personas fallecidas por covid-19

(Ecuador O. s., 2021) reconocidas por el Ministerio de Salud enlutan a la nación, a esto se suma el impacto económico por pérdida de fuentes de empleo, cierre de medianas empresas, contracción de la economía, la ruptura de la vida social en los jóvenes, el cansancio y la frustración de los profesionales de salud, eleva la necesidad de espacios para la recomposición sicosocial. (Tabla 7)

Muchas lecciones nos dejan: un sistema de salud lleno de caballos de Troya, pesados en la respuesta, sin inteligencia epidemiológica.

Represamiento de toda la patología crónica no priorizada, enfermos que se agravaron, por no tener consultas de control y con baja legitimidad de la rectoría de salud del MSP. (Tabla 8)

Impacto del Covid

PERIODO MARZO - DICIEMBRE 2020

Tabla 7 Principales hallazgos del periodo marzo-diciembre 2020

Condiciones de vida

- 537.220 casos covid-19 confirmados y 33.614 fallecidos confirmados
- 78.709 muertes en exceso del 2020 al 2021.
- 19 millones de atenciones en salud se dejaron de realizar.

Pobreza

- 1,4 millones de nuevos pobres por ingresos, aumentando la pobreza de 4,3 millones a 5,7 millones de personas.
- 1,1 millones de personas pasaron a la pobreza extrema por ingresos, pasando de 1,5 millones a 2,6 millones.
- Incremento de la desigualdad de 0,47 a 0,50.
- 431 mil nuevos pobres multidimensionales y 196 mil nuevos pobres extremos multidimensionales.

Medios de vida

- 532 mil empleos perdidos, equivalente al 6,6% de la PEA.
- 189 mil personas desafiadas IESS: 221.200 salieron del sector privado.
- El ingreso laboral nominal promedio se redujo en 12,6% para los hombres y 7% para las mujeres.

Seguridad alimentaria

- 3 de cada 10 hogares pueden pagar el costo mensual de la canasta básica familiar.
- 2,3 millones de personas se encuentran con inseguridad alimentaria severa.
- 37,9% de los hogares de la Costa están en inseguridad alimentaria severa y moderada; el 33,6% en la Amazonía y el 19,4% en la Sierra.
- USD 117 mensuales de brecha para cubrir una dieta balanceada.

Fuente: (Ecuador, 2020) Elaboración: FAC.

Atenciones no realizadas

EN EL PRIMER NIVEL

Tabla 8 Atenciones no realizadas en el primer nivel (2019-2020) en siete presentaciones seleccionadas para personas y grupos de atención prioritaria, en establecimientos del MSP

Prestaciones	2019	2020	DIFERENCIA	%
Consultas preventivas prenatales de primer trimestre.	13.053.77,09	10.523.955,09	-2.529.822,00	19,38%
Consultas de adulto mayor bajo protocolo específico.	1.359.469,95	861.903,95	-497.566,00	36,60%
Consultas a personas con discapacidad.	1.100.975,42	823.309,42	-277.666,00	25,22%
Consultas de control de Niño Sano.	726.423,40	465.637,40	-260.786,00	35,90%
Consultas de planificación familiar.	597.427,54	524.186,54	-173.241,00	24,84%

Fuente: (Ecuador G. d., 2020) Elaboración: PDNA COVID-19

Está claro que el método epidemiológico ha logrado afirmarse en el tiempo desde una visión crítica, que plantea la estructuración de un modelo basado en la comunidad, como la mejor respuesta a los acuciantes problemas de la salud que enfrentan especialmente los sectores de menores recursos.

Que les permita no ser presa fácil del discurso hegemónico que vende la idea de un sistema de salud centrado en el hospital con uso de tecnologías que pasada la crisis no contribuyen a lograr los cambios requeridos para la mejora de la calidad de vida y el control integral de los problemas de salud identificados, partiendo de los propios recursos y la participación activa y comprometida de la gente local.

El trabajo de los líderes locales y su formación se realizan en el proceso,

aprendiendo a identificar, recoger información, analizarla localmente y comprende lo que significa para los trabajadores de salud, cuanto le aporta a la satisfacción de las necesidades sanitarias.

A comprender cómo los problemas vinculados con la salud abarcan ámbitos y espacios en los que los médicos con visión curativa asistencialista, al actuar solo en la parte visible de los problemas, poco influyen en los cambios de las condiciones de vida de la comunidad.

Así, la elaboración del perfil epidemiológico y la generación a partir del mismo, de las actividades de atención y resolución de los problemas identificados por la propia comunidad, la empodera y le permite exigir soluciones acordes a su realidad, con apoyo del sistema de salud.

Las acciones fundamentales en epidemiología comunitaria:

- Levantamiento de la información, construcción de indicadores
- Priorización de los problemas con los actores locales
- Diseño de estrategias, generación de compromisos y asignación de responsabilidades a los miembros del equipo de trabajo local
- Evaluación, seguimiento y difusión de la información en la comunidad y organismos técnicos responsables del programa.

3.4 Promoción de la Salud



La introducción de la Promoción en Salud fue más tardía, una década posterior a la APS, en sus líneas estratégicas desde una concepción multicausal toma como ámbitos de acción, las condiciones del entorno, las políticas estatales y las actitudes personales. Dejando explícito que la consecución de estas se relaciona con la abogacía, el cabildeo, la participación y acción política.

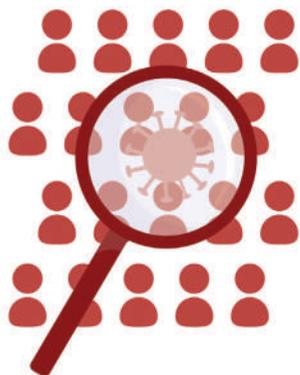
Esta propuesta tiene una intensa relación con los cambios en los perfiles epidemiológicos, las nuevas enfermedades crónicas degenerativas, los cambios medioambientales, los conflictos internos y externos.

Estamos recogiendo el concepto que en la carta de Ottawa se le dio al

termino: "Proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma".

El entorno saludable depende de una actividad intersectorial donde la acción del sistema de salud es una parte.

3.5 La epidemiología comunitaria



La epidemiología es una herramienta del trabajo sanitario, ha realizado aportes sustanciales desde su espacio y ha creado en el tiempo un marco teórico que fundamenta la comprensión y análisis de la información en salud. Más allá de la simple exposición de cifras que a muchos resultan poco comprensibles e informativas de la situación de salud de la comunidad.

1.6 Condiciones

SOCIO - ECONÓMICAS



A partir del año 2000 gracias al aumento sostenido del precio del Petróleo en el Ecuador existió un progresivo crecimiento de la economía, la inversión estatal se mantiene así hasta el 2016, a partir de ahí inicia su descenso que se profundiza en estos dos últimos años. El producto interno bruto (PIB) en el 2014 creció en 3,8% y tuvo un nivel per cápita (PPA) de US\$ 11.190.

La economía ecuatoriana ha sido favorecida en estos años por los altos precios del petróleo, los flujos de financiamiento externo y una mejor recaudación de impuestos. (Tabla 9)

Índice de DESARROLLO HUMANO

Tabla 9 Índice de desarrollo humano

ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO	
2019	0,759
2010	0,726
2001	0,68
1990	0,648

Fuente: (INEC, Instituto nacional de estadística y censos, s.f.) Elaboración: FAC

POBREZA

La pobreza que había decrecido hasta el año 2014 fue aumentando a expensas de la pobreza rural, hasta las actuales condiciones con más del 65% de la PEA sin empleo pleno. Si bien el despegue de los primeros años de la década había determinado que somos un país de renta media alta (Centro de investigaciones económicas, 2021), con la caída a partir del 2015 agravada por la recesión de la pandemia, se evidencia la desigualdad entre el quintil más pobre y el más rico. (Tabla 10)

Pobreza

Tabla 10 Pobreza por NBI a nivel nacional

NBI NACIONAL		
Período	Porcentaje NBI*	
DICIEMBRE	1990	48,4
	2002	43,9
	2010	32,8
	2019	34,2

Fuente: (INEC, Instituto nacional de estadística y censos, s.f.), (INEC) D. M., s.f.), (ENEMDU, 2019) (ARCA, 2019) Elaboración: FAC

NBI Necesidades Básicas Insatisfechas

Si se analiza donde se encuentra la población con menores ingresos desagregando por provincias, se puede constatar que el 56% de la población del quintil 1 y el 61% del quintil 2 reside en Guayas, Pichincha y Manabí (Ecuador G. d., 2020). Estas provincias son las que presentan mayores índices de inequidad y concentran el mayor número de población en extrema pobreza, así como la población en extrema riqueza.

EMPLEO PLENO

Antes de la pandemia teníamos un mayor número de ciudadanos con empleo pleno, en la actualidad solamente 3 de cada diez cumplen esa condición, diez y ocho puntos porcentuales menos que el mejor registro del 2014. Parte de esta contracción del empleo es la reducción de personal en el sector público. (Tabla 11)

Tabla 11 Empleo pleno

EMPLEO PLENO	Porcentaje
2000	57%
2010	44,70%
2020	30,68%

Fuente: (Sempertegui, 2021) (Encuesta Nacional de Empleo, s.f.) (Jose, 2017) Elaboración: FAC

Empleo

PLENO

3.3 Recursos Humanos

PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Para hacer realidad la estrategia se necesita un recurso humano formado, que esté abierto a cambiar el paradigma antiguo por una nueva concepción, las universidades, deberían cambiar profundamente su metodología para entregar profesionales que tengan los instrumentos para encarar un trabajo diferente. Entre los valores a inculcar: la empatía, el respeto, la escucha activa, la comunicación asertiva, el análisis social, el diálogo intercultural.

Que sepa enfrentar la patología prevalente, la educación comunitaria, la epidemiología, la organización social para el cambio.

Que el equipo de salud salga de su zona de confort y pueda ir a encontrarse con la comunidad, para poder entender cuáles son las condiciones que impiden una vida plena. Estas condiciones no son solo materiales, también son culturales, frenando los cambios de actitudes, hábitos y formas de vida de la población.

En ese sentido, los que estamos sirviendo de mediadores, de facilitadores, de técnicos de acompañamiento en el proceso de mejoramiento, tenemos

que aprender apartir de los requerimientos y las necesidades de la población. Desde este punto de partida, lograr el compromiso colectivo en la transformación de las condiciones favorables para la salud.

El ver a la comunidad como una estructura colectiva y el ver la relación de esta comunidad con los otros, de manera muy proactiva.

La estrategia de APS busca que se garantice el derecho, que tenga una visión de solidaridad, preventiva, con un enfoque de riesgo que impida la desigualdad y que mejore la equidad.

Que pueda ser sostenible, que pueda bajar los costos, donde haya una corresponsabilidad con la comunidad, donde haya un trabajo integral e intersectorial, donde se busque la satisfacción, pero sobre todo se evidencie la vigencia del derecho a la salud.

Estas son las cosas que hacen de la atención primaria una estrategia, un horizonte, una dirección que puede ser aplicada en cualquier nivel del sistema de salud y que puede cruzar transversalmente la construcción de sistemas locales de salud.

PARTICIPACIÓN

La participación comunitaria, debe ser una participación plena, no solamente la información lejana, el ser convidados de piedra a las reuniones de la institución. Sino ser considerados miembros con voz y voto del equipo de salud, de la dirección distrital, de la planificación zonal.

En muchas zonas de nuestro País es posible, contamos con un tejido social proactivo, que está organizado transformando su realidad.

Como estrategia, no depende del nivel de complejidad del sistema de salud, es posible tener este enfoque en todos los niveles, un hospital de especialidad puede y debe tener un enfoque de APS, si quiere que su labor se cuide en el tiempo, si necesita adherencia a su tratamiento; si hay que cambiar conductas o requiere acompañamiento del núcleo familiar, el seguimiento en la comunidad debe garantizar el esfuerzo realizado.

INTEGRALIDAD

Muchas personas confunden la estrategia de APS con el primer nivel de atención, esta puerta de entrada al sistema de salud imprescindible, que está localizada lo más cerca del hogar, que puede resolver el 80% de los problemas, que tiene condiciones tecnológicas para evitar el traslado innecesario.

Puede ser el espacio de acogida, formación, educación entre pares, con una concepción que integra la cultura de la zona a la que se pertenece, que está relacionada con una vía de ida y vuelta con la comunidad y los otros niveles del sistema de salud.

PRIMER CONTACTO

ESCOLARIDAD EN NIÑOS

Uno de los indicadores importantes del progreso de un país es la educación, que expresa la capacidad de alcanzar el bienestar para la población, si bien se observa progreso, en promedio recién estamos superando la educación básica. Sin embargo, es importante visualizar que aún existen niveles bajos de escolaridad en niños de los cantones pobres y aún más dentro de éstos, las niñas tienen peores indicadores educativos. (UNICEF, 2021)

Tabla 12 Escolaridad en niños

AÑO	ESCOLARIDAD MEDIA
2001	6,61
2010	9,04
2017	10,7

Adicionalmente, la pandemia condena a que 5,3 millones de estudiantes se vieron afectados durante dos periodos escolares, los cuales no tuvieron acceso equitativo a la educación virtual.

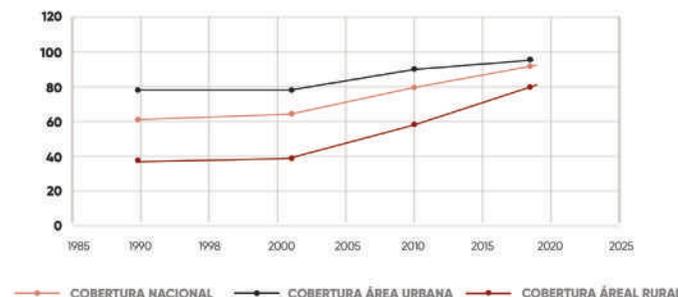
(Tabla 12)

Fuente: (Sempertegui, 2021) (INEC, Instituto nacional de estadística y censos, s.f.) (INEC, Instituto nacional de estadísticas y censos, s.f.) Elaboración: FAC

AGUA SEGURA

En las últimas dos décadas (Gráfico 6) el INEC indica que la cobertura de agua segura se duplica en el área rural y la de saneamiento se triplica en esta misma área; sin embargo, llama la atención que se considera, que agua segura es aquella libre de contaminación con desechos orgánicos (E. Coli) sin considerar otros agentes que afectan a la salud humana y animal como es la presencia de virus, parásitos, contaminación por metales pesados, cuya exposición genera daños irreversibles a la salud humana, sea por acumulación y/o exposiciones repetitivas.

Gráfico 6 Cobertura de agua segura

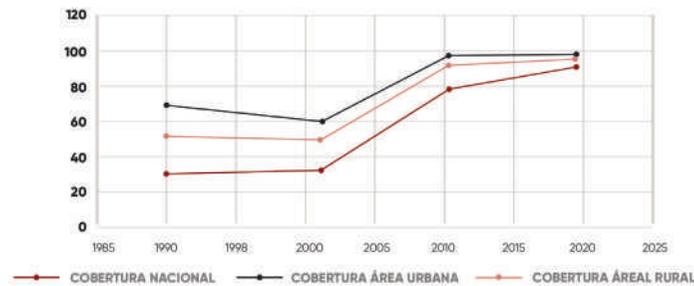


Fuente: (-, 2014) (INEC, Medición de los indicadores de agua, saneamiento e higiene (ASHI), en Ecuador, 2019) (Andrea Molina Vera, 2018), (Agua, 2019) Elaboración: FAC

SANEAMIENTO

El crecimiento "rápido" en la cobertura de saneamiento que se observa en la gráfico 7, se explicaría por la unificación de las formas de eliminación de excretas de los servicios de alcantarillado, con letrinas, pozos ciegos, pozos sépticos, sin que ello signifique que dispongamos de información que demuestre que existe un manejo que garantice la ausencia de contaminación por mal manejo o filtraciones que contaminan aguas subterráneas que pudieran existir en algunos sectores.

Gráfico 7 Cobertura de saneamiento



Fuente: (INEC, Medición de los indicadores de agua, saneamiento e higiene (ASH), en Ecuador, 2019) (Andrea Molina Vera, 2018) (Cooperación andina de fomento (CAF), 2004), (Agua, 2019) Elaboración: FAC

Estas diferencias geográficas se profundizan cuando se analiza la condición de vivienda, agua y alcantarillado diferenciando los grupos poblacionales de acuerdo con el ingreso económico.

QUINTIL:



3.2 Elementos

DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Tanto el equipo de salud como la población beneficiaria son corresponsables en la construcción de la APS. En nuestra costumbre ancestral tanto la minga como el presta mano son ejemplos claros de solidaridad porque: "nadie es tan pobre que no pueda dar, ni tan rico que no pueda recibir".

SOLIDARIDAD

Debemos buscar cerrar las brechas de desigualdad. Sin importar el donde estemos implementando el programa, habrá siempre individuos, grupos, comunidades que requieran mayor énfasis en nuestra labor, la evidencia epidemiológica nos ayuda a identificarlos, el enfoque de riesgo, el enfoque de evitabilidad, la discriminación positiva son parte del método que nos permite dar más, a quien más necesita.

EQUIDAD

La persona, el usuario, debe ser visto de manera integral, holística, donde el mundo orgánico, intelectual, social sea un todo único, de esa manera se ve que la persona necesita más que una solución terapéutica de cualquier tipo, requiere también mejorar las condiciones materiales en las que vive por ejemplo la dotación de agua y alcantarillado, para eso es necesario un apoyo intersectorial.

INTERSECTORIALIDAD

Mantener el apoyo el tiempo necesario hasta que la comunidad se haya empoderado, la APS requiere continuidad del proceso y acompañamiento en todo el ciclo vital, la respuesta favorable de cambio requiere de constancia, de convencimiento porque la educación en salud interviene en la transformación de los hábitos.

CONTINUIDAD

4

La salud requiere un enfoque integral e integrador que junte análisis de las necesidades sentidas, los problemas epidemiológicos identificados, los recursos posibles, para que desde lo local, se pueda planificar y gestionar el cambio, con una participación interinstitucional e intersectorial.

5

La salud es un proceso que se construye con participación de las personas como sujetos de derecho, sus organizaciones representativas deben conocer, acordar, ejecutar y evaluar los programas de salud. La organización local se constituye en la contraparte que audita el ejercicio del derecho a la salud.

6

La salud requiere un enfoque intercultural, reconociendo que no existe una cultura, sino varias, que las culturas están en permanente transformación, que entre las culturas pueden complementarse y potenciarse si hay un diálogo respetuoso de las partes.

7

La salud se potencia cuando la prevención, curación, rehabilitación se dan tanto dentro como fuera de la unidad operativa, cuando existe un vínculo sistémico entre el primer nivel de acceso y los niveles de mayor complejidad.

La atención primaria surge como una estrategia, es decir, como un modo de entender cómo construir los objetivos y metas para obtener salud. La salud para las personas significa un mejoramiento de su condición de vida y no solamente el mero hecho de la atención curativa.

La atención primaria de salud parte de entender que la salud es un derecho humano fundamental.

Una condición que garantice la vida de las personas y que garantice no

solamente la sobrevivencia, sino la potenciación de su condición de vida al máximo posible.

Para que una actividad tenga un enfoque de APS tiene que dar prioridad a la prevención por tanto se actúa evitando la consecuencia. Si bien el objetivo será mantener la salud, de no ser posible hay que tratar de mantener el proceso mórbido estable y en caso de que no se pueda garantizar la mejor calidad de vida hasta su desenlace con cuidado paliativo.

2. MARCO LEGAL

2.1 Constitución del Ecuador

ARTÍCULOS

CONSTITUCIÓN



DEL ECUADOR

En la constitución del 2008 encontramos varios artículos en relación con el programa de salud comunitaria. Como los que se refieren al trabajo de salud comunitaria son los referentes al reconocimiento de la salud como un derecho, a la garantía constitucional a beneficiarse de todas las condiciones que permiten una vida a plenitud. Esta debe estar garantizada por el derecho al alimento, al agua, a la recreación y a un ambiente favorable, condición posible siempre y cuando se garantice el acceso al trabajo.

Es importante anotar que la Atención Primaria de Salud es la base del funcionamiento del sistema de salud.

“ *Constitución Política de Ecuador [Const]. Art. 12 del 2008 (Ecuador). - El derecho humano al agua es fundamental e irrenunciable. El agua constituye patrimonio nacional estratégico de uso público, inalienable, imprescriptible, inembargable y esencial para la vida.* ”



“ *Constitución Política de Ecuador [Const]. Art. 13 del 2008 (Ecuador). - Las personas y colectividades tienen derecho al acceso seguro y permanente a alimentos sanos, suficientes y nutritivos; preferentemente producidos a nivel local y en correspondencia con sus diversas identidades y tradiciones culturales. El Estado ecuatoriano promoverá la soberanía alimentaria.* ”

El marco conceptual de la APS era demasiado optimista, cambiar las condiciones sociales desfavorables por favorables, implicaba para muchos Estados la pérdida de ganancia económica en una época donde la acumulación acelerada era la regla.

A los países vinculados a la industria médica no les convenía la aplicación total de la propuesta desarrollando un discurso confuso, que limite la estrategia a ser puerta de entrada al sistema de salud, convirtiéndose en el

primer nivel de atención curativa, un modelo asistencial para pobres sin cambiar las condiciones de vida.

La aplicación integral o parcial de buenos resultados en diferentes realidades, tanto en países con régimen de mercado, como en países con un estado centralista interventor en la economía, entonces el paquete que estuvo dirigido a los países en vías de desarrollo se implementó de manera parcial en varios Estados de bienestar europeos.

¿ *Cuáles son los axiomas priorizados por la APS que se mantienen vigentes y podrán ser aplicados en nuestra realidad concreta ?*

1

La salud depende más de las condiciones de vida que de la atención sanitaria, no hay relación entre mayor inversión de infraestructura o tecnología y cambios en los indicadores de salud.

2

La salud lo más cerca del hogar, que tiene que ver con la accesibilidad operativa al ser el primer contacto con el sistema de salud, de accesibilidad geográfica y de movilidad, de posibilidad económica y relación intercultural.

3

La salud debe estar en manos del pueblo, para devolver a las personas el ejercicio de su derecho. Las organizaciones sociales locales deben ejercer el control sobre los determinantes sanitarios desarrollando un proceso educativo permanente, de difusión amplia, de grupos de opinión, hasta llegar a la formación de recursos humanos propios de salud.

3.1 Atención Primaria de Salud



Durante todo el proceso histórico de la sociedad humana, se van dando respuestas diferentes a los problemas que surgen en las condiciones de salud de la población. Desde los primitivos procedimientos hasta los grandes avances tecnológicos, son respuestas que expresan la manera de entender la salud – enfermedad.

Hay dos formas de ver la salud que se van estructurando como conocimientos y practicas diferenciadas ligadas a enfrentar la enfermedad o a promover condiciones de vida favorables a la salud.

Con el paso del tiempo, se fortalece por su respuesta individual, la visión curativa de la medicina. Que es presentada en la actualidad como un cuerpo conceptual centrado en la atención hospitalaria. Con esta visión se fue desarrollando de manera paulatina el polo tecnológico – industrial médico farmacológico.

En el mundo contemporáneo hay grandes poblaciones sin acceso a este modelo y donde lo tienen, hay evidencias de que su impacto en el mejoramiento de los indicadores de salud es pobre, con una incidencia del 10% en los cambios de los indicadores

de salud pública. Resulta paradójico observar cómo comunidades han llegado a tan alto nivel de alienación, carentes de recursos fundamentales como agua y alcantarillado, al momento que llega la autoridad le solicitan un hospital de especialidad.

Frente a las vergonzosas cifras de muertes por causas evitables, surge el reclamo justo por la vigencia del derecho a la salud. En la década de 1970 se da en el mundo un acelerado proceso de descolonización que fortalece una línea alternativa al mundo bipolar, a este grupo se le llamo países no alineados (NOAL).

Este proceso sociopolítico genera nuevos paradigmas, que incide en la reunión de Alma Ata de 1978, el nacimiento de Atención Primaria en Salud y el eslogan de "salud para todos".

“ Constitución Política de Ecuador [Const]. Art. 14 del 2008 (Ecuador). – Se reconoce el derecho de la población a vivir en un ambiente sano y ecológicamente equilibrado, que garantice la sostenibilidad y el buen vivir, *sumak kawsay*. Se declara de interés público la preservación del ambiente, la conservación de los ecosistemas, la biodiversidad y la integridad del patrimonio genético del país, la prevención del daño ambiental y la recuperación de los espacios naturales degradados. ”



“ Constitución Política de Ecuador [Const]. Art. 24 del 2008 (Ecuador). – Las personas tienen derecho a la recreación y al esparcimiento, a la práctica del deporte y al tiempo libre. ”

“ Constitución Política de Ecuador [Const]. Art. 32 del 2008 (Ecuador). – La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. ”



“ Constitución Política de Ecuador [Const]. Art. 359 del 2008 (Ecuador). - El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social. ”



“ Constitución Política de Ecuador [Const]. Art. 360 del 2008 (Ecuador). - 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. ”



(Montecristi, Registro Oficial 449 de 20 de octubre de 2008; última modificación 01 de agosto del 2018)

2.2 Plan Nacional

DE DESARROLLO



El objetivo central del Plan Nacional de Desarrollo es poder implementar el cumplimiento de lo determinado de los derechos constitucionales donde se pone en relación las prioridades del régimen de turno y su direccionamiento a programas proyectos e intervenciones.

3. EJES METODOLÓGICOS

2.7 Plan Estratégico

DE LA CRUZ ROJA ECUATORIANA 2021 - 2025

En el plan estratégico CRE se identifica como desafíos mundiales que impactan en nuestra realidad nacional, el cambio climático, las crisis sociales, las desigualdades en el acceso a los sistemas de salud, la migración, en un contexto de vulneración de derechos, violencia y discriminación.

Señala como elementos fundamentales del contexto nacional, la crisis económica, el impacto de la pandemia, con los permanentes factores de riesgo por nuestra condición geográfica y los efectos generados por la acción de las personas. El País por tener un sistema de salud orientado hacia la respuesta curativa hospitalaria, sin una estrategia que priorice lo preventivo promocional.

Además es receptor de movimientos migratorios externos.

Reconoce el potencial y los límites del desarrollo institucional, su gran capacidad instalada, la fuerza del voluntariado que sostiene su accionar, el reconocimiento social de la comunidad.

Debilidades en los aspectos financieros, comunicacionales, de planificación estratégica, de participación comunitaria, de permanencia del voluntariado. Dentro de los objetivos estratégicos y los compromisos asumidos en la ciudad de Ibarra para fortalecer la sociedad nacional en su accionar se destacan para el enfoque de Salud Comunitaria.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 1

1)

PROMOVER LA CONSTRUCCIÓN DE COMUNIDADES RESILIENTES PARA ALIVIAR Y PREVENIR EL SUFRIMIENTO HUMANO.

2)

REVISAR LAS HERRAMIENTAS E INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE LAS ACTIVIDADES MISIONALES.

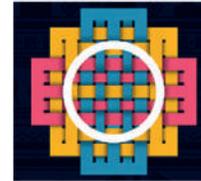
3)

DESARROLLAR MECANISMOS DE MOVILIZACIÓN DE RECURSOS FOMENTANDO EL INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS EXITOSAS.

(CRE, 2021)

OBJETIVO 1

Garantizar una vida digna con iguales oportunidades. (Desarrollo, 2016)



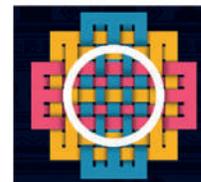
Objetivo 1.3

Combatir la malnutrición, erradicar la desnutrición y promover hábitos y prácticas de vida saludable, generando mecanismos de corresponsabilidad entre todos los niveles de gobierno, la ciudadanía, el sector privado y los actores de la economía popular y solidaria, en el marco de la seguridad y soberanía alimentaria.

(Desarrollo, 2016)

Se están tomando en cuenta dos de las estrategias que las Naciones Unidas mantienen, que son: hambre cero y salud y bienestar. Que se relacionan con el cumplimiento de los objetivos de desarrollo humano.

Objetivo 1.5



Fortalecer el sistema de inclusión y equidad social, protección integral, protección especial, atención integral y el sistema de cuidados durante el ciclo de vida de las personas, con énfasis en los grupos de atención prioritaria, considerando los contextos territoriales y la diversidad sociocultural.

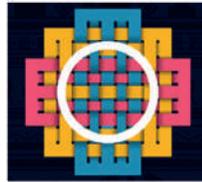
(Desarrollo, 2016)

Este objetivo orienta el mejoramiento de las condiciones de vida, sobre todo de la inclusión y equidad económica. Además, el enfoque de intervenir en los grupos de atención prioritaria ligado al concepto de población vulnerable.

Objetivo 1.6

Garantizar el derecho a la salud, la educación y al cuidado integral durante el ciclo de vida, bajo criterios de accesibilidad, calidad y pertinencia territorial y cultural.

(Desarrollo, 2016)



En este planteamiento se establece la continuidad en todo el ciclo de vida del derecho a la salud y la garantía de accesibilidad geográfica económica y cultural.

Objetivo 1.8

Garantizar el acceso a una vivienda adecuada y digna, con pertinencia cultural y a un entorno seguro, que incluya la provisión y calidad de los bienes y servicios públicos vinculados al hábitat: suelo, energía, movilidad, transporte, agua y saneamiento, calidad ambiental, espacio público seguro y recreación.

(Desarrollo, 2016)



Objetivo 1.17

Garantizar el acceso, uso y aprovechamiento justo, equitativo y sostenible del agua; la protección de sus fuentes; la universalidad, disponibilidad y calidad para el consumo humano, saneamiento para todos y el desarrollo de sistemas integrales de riego.

(Desarrollo, 2016)

Tanto en el objetivo 1.8 y el 1.17 se relacionan con la condición de tener una vivienda que desarrolle ventajas comparativas en el cuidado de la salud.

2.6 Estrategia Nacional

DE LA CRUZ ROJA ECUATORIANA

Estatuto CRE

Artículo Siete:
Objetivos Generales



Cruz Roja Ecuatoriana

// *El objetivo de la Sociedad Nacional de Cruz Roja Ecuatoriana está en relación con el proceso por el cual, las comunidades, las familias y los individuos se fortalecen, pueden vivir vidas más dignas y productivas y llegar a ser menos vulnerables, a través del fortalecimiento comunitario vinculado al desarrollo institucional.* //



Artículo Ocho:

TAREAS ESPECÍFICAS

E)

"Aumentar la capacidad de las comunidades locales, de la sociedad civil y de la Cruz Roja para abordar las situaciones de vulnerabilidad más urgentes."

I)

"Desarrollar acciones formativas, asesorías y servicios para el cumplimiento de sus fines."

J)

"Priorizar la atención a los sectores vulnerables identificados en su Plan Estratégico de Desarrollo."

K)

"Velar por el desarrollo del recurso humano."

2.5 Estrategia del CICR

La oficina regional de la Cruz Roja establece lineamientos estratégicos, dos de los cuales se alinea a la necesidad de reorientar los objetivos a mediano plazo:



CICR

1. Las Sociedades Nacionales actúan como auxiliares de las autoridades nacionales en el campo humanitario y proveen una serie de servicios, incluyendo ayuda en emergencias, salud y programas sociales. En situaciones de conflicto armado, las Sociedades Nacionales pueden ayudar a la población civil y apoyar a los servicios médicos de las fuerzas armadas.

(CICR, 2010)

2. Objetivo 2:

Mejores condiciones de salud a nivel individual y comunitario y sistemas de salud públicas que sean más inclusivos. ramiento del desarrollo social.	Menor exposición y vulnerabilidad ante amenazas naturales y debidas a la actividad humana.	Mayor adhesión del público a formas de vida sustentables desde el punto de vista ambiental.
---	--	---

(CICR, 2010)

Establece también el enfoque de salud y primeros auxilios basados en la comunidad, que se fundamenta en una visión estratégica de atención primaria de salud; y que establece la intervención del perfil epidemiológico prevalente y la preparación de la población para enfrentar el riesgo de desastres y crisis humanitaria.

El pilar 2 "Salud Comunitaria" es la referencia adecuada para el marco

estratégico que estamos proponiendo. Es importante señalar la búsqueda que hace esta propuesta de una participación interinstitucional, como auxiliares de las acciones del Estado.

Sin dejar en ningún momento los principios que caracteriza las intervenciones de los miembros de la Federación de la Cruz Roja y Media Luna Roja.

2.3 Objetivos

DE DESARROLLO SOSTENIBLE ONU



THE GLOBAL GOALS
For Sustainable Development

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (ODS), se componen de una Declaración que tiene 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible y 169 metas, son fruto del acuerdo alcanzado por los Estados Miembros de las Naciones Unidas que han convenido en tratar de alcanzarlos para el 2030.

De los objetivos del ODS las metas que se vinculan con salud de manera directa son la desnutrición global, la mortalidad de la niñez, la atención de salud sexual y reproductiva, el tratamiento de las enfermedades transmisibles y el acceso a agua y saneamiento. Y todas estas metas están dentro del objetivo de desarrollo sostenible 3.



ODS 3

Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. (Unidas, 2012)

El documento en construcción por la actual administración del MSP señala como objetivos para el plan decenal de salud los siguientes:



- 1. EQUIDAD EN SALUD:** Reducir las desigualdades e inequidades que se producen en torno al derecho a la salud, por medio del abordaje intersectorial de los determinantes sociales y ambientales.
- 2. PROMOCIÓN DE LA SALUD:** Promover el bienestar de la población en todas las etapas de la vida a través de la conformación de entornos, comunidades y hábitos de vida saludables y seguros.
- 3. SALUD PREVENTIVA:** Reducir la carga de la enfermedad a través del abordaje integral de salud pública que permita reducir las enfermedades prevenibles y las muertes evitables.
- 4. ATENCIÓN OPORTUNA Y DE CALIDAD:** Garantizar el acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad centrados en la persona, la familia y la comunidad, con énfasis en el primer nivel de atención.
- 5. SISTEMA DE SALUD INTEGRADO Y EFICIENTE:** Transformar el sistema nacional de salud para que garantice el acceso y cobertura universal de salud.

(MSP, 2022)

Este documento establece para cada objetivo estrategias y metas dentro de las cuales está la integración de las acciones de protección social para los grupos de atención prioritaria el apoyo al cambio hacia una nutrición saludable, con impacto en el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno para las enfermedades no transmisibles.

De igual manera se ve como una

oportunidad el fortalecimiento de la estructura institucional de epidemiología, que permita mejorar la prevención de las enfermedades transmisibles y la reducción de los indicadores de mortalidad infantil y materna, que todavía se mantienen elevados.

Abre la posibilidad de establecer sinergias con la red de salud privada complementaria.

2.4 Estrategia 2030

OBJETIVOS



- 1)** *Capacidad de las personas para anticipar las crisis, superarlas y recuperarse rápidamente de ellas.*
- 2)** *Personas que gocen de condiciones de vida sana y segura, con dignidad y posibilidades de prosperar.*
- 3)** *Movilización de las personas en pro de comunidades inclusivas y pacíficas.*

(IFRC, 2015)

La estrategia 2030 de la Cruz Roja y Luna Roja Internacional establece un cambio en el enfoque, en cuanto a más de responder de manera adecuada a las crisis, busca que las personas se inserten en un mejoramiento del desarrollo social.

Establece que uno de los desafíos

mundiales son los desfases crecientes en materia de salud y bienestar, por eso se plantea transformar el proceso con miras al futuro, está consolidar el apoyo a las organizaciones nacionales y a la búsqueda de alianzas interinstitucionales que den mejores resultados en cuanto a eficiencia y eficacia.