



TECNOECUATORIANO
INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO

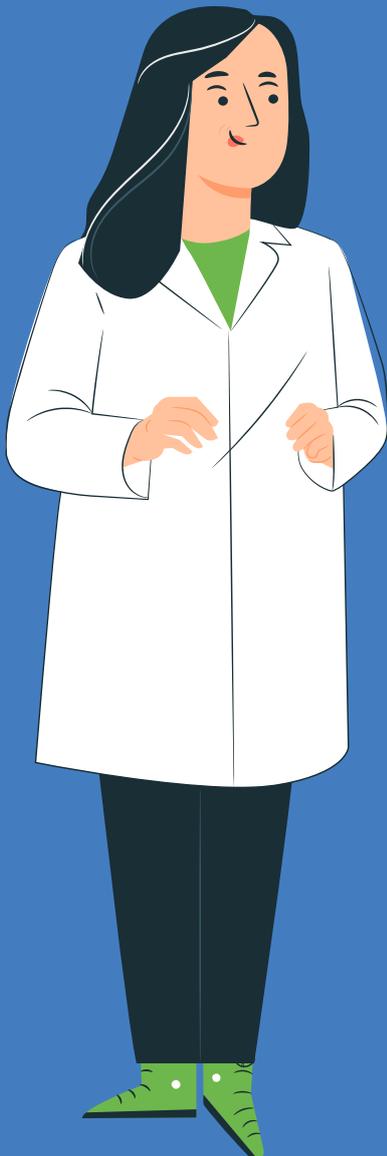
LIBRO DE TEXTO: SALUD COMUNITARIA



**GABRIELA PILAR
LEÓN PACHAR**

**GISSELLE CRISTINA
PACHECO QUEZADA**

Quito – Ecuador
Septiembre 2024



Libro de texto: Salud comunitaria

Gabriela Pilar León Pachar
Instituto Superior Tecnológico Tecnoecuatoriano
gleon@istte.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0004-6756-6399>

Gisselle Cristina Pacheco Quezada
Instituto Superior Tecnológico Tecnoecuatoriano
gpacheco@istte.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0007-1248-1138>

Este libro ha sido sometido a revisión de doble par académico:

Dra. Selene Ayala Pilco, Mgs.
Instituto Superior Tecnológico Vicente León
SENESCYT

Dra. Tanya Velásquez Cajas
Distrito 05D06 Salcedo
Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Corrección de estilo: Ángel Velásquez Cajas
Diseño y diagramación: Juan Carlos Tapia
Calama

Primera Edición

Instituto Superior Tecnológico Tecnoecuatoriano
Rimana Editorial
Quito – Ecuador
Septiembre 2024

ISBN: 978-9942-676-97-9

Agradecimientos

Estimado equipo del Instituto Superior Tecnológico Tecnoecuatoriano:

Queremos tomar este momento para expresar nuestro más profundo agradecimiento a cada uno de ustedes. Vuestra dedicación y compromiso son fundamentales para nuestro éxito colectivo. Gracias por vuestra pasión por la educación y por inspirar a nuestros estudiantes a alcanzar sus metas. Cada uno de ustedes desempeña un papel crucial en la formación de futuros profesionales que harán una diferencia positiva en nuestro país. Sigamos avanzando juntos, comprometidos con la excelencia y el crecimiento continuo.

Con gratitud sincera.

Lic. Gabriela León Pachar
Docente

Instituto Superior Tecnológico Tecnoecuatoriano

Lic. Gisselle Pacheco Quezada
Docente

Instituto Superior Tecnológico Tecnoecuatoriano



Biografía de los autores

■ Gabriela León Pachar

Gabriela Pilar León Pachar, nacida en Quito, Ecuador, el 16 de agosto de 1991. Desde temprana edad, supo que su vocación era el cuidado de las personas. Por eso, estudió la Carrera de Técnico en Emergencias Médicas y Enfermería. Se graduó en el 2013 y posteriormente cursó la Licenciatura en Enfermería. Ha dedicado más de 10 años de su vida a ofrecer atención de calidad y apoyo a pacientes en diversas áreas de la salud, como emergencias, consulta externa, salud comunitaria y quirófano.

Su carrera comenzó en el Hospital Eugenio Espejo, donde trabajó en atención prehospitalaria. Su experiencia como paramédico le ha enseñado a mantener la calma en situaciones críticas y a proporcionar un cuidado integral en momentos de gran estrés. Actualmente, amplía sus conocimientos y habilidades, al cursar una especialidad en seguridad y salud ocupacional y una maestría en educación universitaria. Esta formación adicional le permitirá integrar su experiencia clínica y de docencia conjuntamente. Fuera del trabajo, disfruta de la lectura y explorar la naturaleza. Le apasiona seguir aprendiendo y crecer, tanto profesional como personalmente para seguir brindando el mejor cuidado a quienes lo necesitan.

■ Gisselle Pacheco Quezada

Gisselle Cristina Pacheco Quezada, nacida en Quito, Ecuador, el 11 de febrero del año 2000. En el 2017, terminó sus estudios de secundaria e ingresó a la Carrera de Atención Prehospitalaria y Desastres en la Universidad Central del Ecuador. A la par del término de los estudios universitarios, ingresó al voluntariado de la Cruz Roja Ecuatoriana, en la Junta Cantonal Rumiñahui, desempeñando el cuidado al paciente, la cobertura de eventos masivos, actividades humanitarias entre otras y empezó con el cuidado del paciente en la atención prehospitalaria en ambulancias privadas de la ciudad.

Se ha desempeñado como capacitadora y docente, iniciando en Cruz Roja Ecuatoriana y en otras instituciones que fortalecieron su experiencia en la enseñanza y el proceso de aprendizaje. En la actualidad, se encuentra cursando la maestría de Administración en Instituciones de Salud. Esto, fortalecerá sus conocimientos en la calidad de la atención al paciente. Además, como actividades extracurriculares, disfruta del senderismo y otras que le permitan conectarse con la naturaleza.

ÍNDICE



ÍNDICE DE CONTENIDOS

Prólogo 10

11

CAPÍTULO I

La comunidad y la familia.

Introducción. 12

Definición salud comunitaria. 12

Bases fundamentales de la salud comunitaria. 13

Funciones de la salud pública. 15

Las once funciones esenciales. 17

Enfermera comunitaria. 18

Funciones de la enfermería familiar y comunitaria. 19

21

CAPÍTULO II

Atención Primaria de Salud.

Introducción. 22

¿En qué consiste la atención primaria de salud?. 22

Atención Primaria en Salud (APS): estrategias y actividades. 23

Clasificación niveles de atención. 24



27

CAPÍTULO III

Nuevo Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS).

Introducción.	28
Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS).	28
Objetivos estratégicos para el fortalecimiento del Modelo de Atención Integral de Salud.	29
Principios del Modelo de Atención Integral de Salud.	30
Componentes del modelo de atención integral de salud familiar comunitario e intercultural (MAIS-FCI).	31
Modalidades de atención.	34
Organización de los equipos de atención integral de salud.	39
Componente de gestión del sistema nacional de salud.	41
Componente de financiamiento del sistema nacional de salud.	42
Epidemiología comunitaria en el Modelo de Atención Integral de Salud y en la Red Pública Integral de Salud.	43

44

CAPÍTULO IV

Promoción de la salud. Programa de vacunación MSP.

Introducción.	45
Lineamientos de la campaña de vacunación y recuperación del esquema regular.	45
Conservación y manejo de las vacunas y otros biológicos.	47
Red de transporte y control de temperatura.	47
Elementos fundamentales de la cadena de frío.	48
Equipo de la cadena de frío y cámaras frías (cuarto frío).	49
Plan estratégico nacional para la prevención y control de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT).	49
Referencias.	51



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1

Determinantes de la salud. 17

Figura 2

Comunidad y personal de salud. 28

Figura 3

Componentes estructurales de una comunidad. 28

Figura 4

Funciones esenciales de la salud pública renovadas. 29

Figura 5

Enfermera comunitaria en la comunidad de Tambillo, Ecuador. 30

Figura 6

Campaña de vacunación en la comunidad de Tambillo, Ecuador. 32

Figura 7

Modelo de Atención Sistema de Salud. 34

Figura 8

Miembros del nivel prehospitalario y primer nivel de atención, Tambillo, Ecuador. 38

Figura 9

Componentes del MAIS. 41

Figura 10

Monitoreo de pacientes en la atención de enfermedades catastróficas en Tambillo, Ecuador. 43

Figura 11

Esquema de vacunación de la Estrategia Nacional de Inmunizaciones (ENI) en Tambillo, Ecuador. 44

Figura 12

Esquema de vacunación a empresa localizada en una comunidad. 44

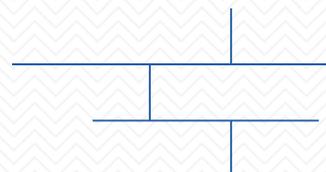


Figura 13

Componentes de organización del sistema nacional de salud. 45

Figura 14

Personal de enfermería junto con TAPS y médico en un centro de salud tipo A. 47

Figura 15

Epidemiología comunitaria. 48

Figura 16

Esquema de vacunación. 49

Figura 17

Equipo de cadena de frío. 51

Figura 18

Toma de tensión arterial en un centro de salud tipo A en Tambillo, Ecuador. 53



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1

Las once funciones esenciales en salud. 17

Tabla 2

Ejemplo de un programa de enfermería comunitaria. 20

Tabla 3

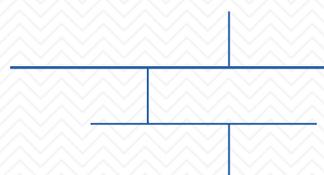
Establecimientos del primer nivel de atención. 26

Tabla 4

Objetivos estratégicos del MAIS. 29

Tabla 5

Características de la atención domiciliaria. 38



Prólogo

En un mundo que evoluciona constantemente, la salud de cada individuo y de la comunidad se ha vuelto más crucial que nunca. Se reconoce plenamente la importancia de contar con opciones de vida accesibles e integrales enfocadas en el bienestar. Por ello, se ha recopilado esta información esencial. La familia y la comunidad son pilares fundamentales para el bienestar general. La mejora de estas áreas, no solo genera un mayor sentido de apoyo, sino que también refuerza las capacidades para enfrentar juntos los retos relacionados con la salud.

A continuación, se explicará cómo la cohesión familiar y comunitaria puede convertirse, en las condiciones actuales, en un pilar esencial para una vida saludable. Además, se subrayará la importancia de la atención primaria como un factor clave para garantizar que todas las personas puedan acceder a los servicios de salud sin importar las circunstancias.

El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) es un enfoque innovador que busca brindar una atención médica más completa y centrada en las necesidades del paciente. Este modelo promueve una visión holística de la salud, integrando esfuerzos para ofrecer una atención más efectiva y coordinada.

La promoción de la salud juega un papel fundamental para la toma de decisiones informadas y la adopción de hábitos saludables. En este libro de texto se encontrará herramientas y consejos prácticos para fomentar un estilo de vida adecuado. Asimismo, se destaca el programa de vacunación del MSP como una medida clave para proteger la salud y prevenir enfermedades infecciosas. Finalmente, incluye información actualizada y resalta la importancia de mantener las vacunas al día, para protegerse individualmente como a la comunidad.

CAPÍTULO I

La comunidad y la familia



Introducción

En las décadas recientes, la salud comunitaria se ha convertido en un elemento crucial del sistema sanitario. Sin embargo, enfrenta un desafío fundamental: la ambigüedad en su definición y alcance, lo que puede obstaculizar la colaboración efectiva entre diferentes sectores y disciplinas, limitando así su impacto potencial.

La atención primaria de salud, que constituye el primer punto de contacto entre el paciente y el sistema sanitario, es un componente esencial dentro de este marco. Su comprensión puede abordarse desde múltiples perspectivas, siendo fundamental su rol como puerta de entrada a los servicios de salud.

Para superar estas limitaciones conceptuales y prácticas, es necesario establecer una definición más precisa y comprensiva de la salud comunitaria. Esto implica:

- La integración de diversos enfoques teóricos sobre el trabajo comunitario.
- El análisis de las diferentes definiciones existentes.
- La exploración de los pilares fundamentales, métodos y herramientas utilizados en los distintos niveles de atención.
- La comprensión de su relación con la atención primaria y las políticas públicas.

Este esfuerzo de clarificación y unificación conceptual, busca proporcionar a los profesionales de la salud un marco de referencia común que facilite la implementación efectiva de intervenciones en salud comunitaria. En este sentido, el presente capítulo presenta una visión integral de la atención primaria junto a los elementos que integran el marco de comprensión de la salud comunitaria.

■ Definición salud comunitaria

La salud se puede concebir como un estado de equilibrio entre el individuo, los agentes patógenos y el entorno que lo rodea. Las fluctuaciones en el proceso de salud - enfermedad reflejan la interacción dinámica entre una persona y los estímulos ambientales, lo que pone de manifiesto la capacidad de adaptación de cada individuo a su contexto. Los seres humanos responden, de manera directa o indirecta, a todos los elementos de su entorno, ya sean físicos, biológicos, psicológicos o sociales. Por ello, no se puede atribuir una única causa a cada enfermedad, sino que se deben considerar múltiples causas o una multicausal, entre las cuales se puede identificar un agente causal específico (Almeida, 2018).

Todas las enfermedades, ya sean transmisibles o no, están determinadas por una red de causales que surge de la interacción entre el agente (una causa necesaria pero no suficiente) y el huésped, dentro de un entorno físico, biológico, psicológico, social y económico particular, siguiendo las leyes generales de los fenómenos ecológicos. Por lo tanto, la salud se define como el equilibrio entre el agente y el huésped, con la influencia positiva del entorno.

En la actualidad, se ha ampliado el concepto de salud para incluir un enfoque de “modo de vida saludable” a la población. Dentro de este esquema, la esfera curativa se considera importante,

pero no es la única área de interés; la promoción de la salud y la prevención son igualmente cruciales y no deben ser vistas como secundarias (Carbonetti, Brunazzo, & Suchowolski, 2016).

La salud comunitaria se considera un derecho natural y social inherente a las personas, que debe ser garantizado por el Estado y la sociedad. Este concepto va más allá del simple cuidado del funcionamiento biológico individual, abarcando la interacción entre los individuos y su relación con el Estado como miembros de una comunidad geográfica específica. En este contexto, las personas tienen la capacidad de actuar con autonomía, tomar decisiones, acceder a servicios de salud de alta calidad y ejercer su derecho a participar (Martínez & Ramón, 2014).

■ Bases fundamentales de la salud comunitaria

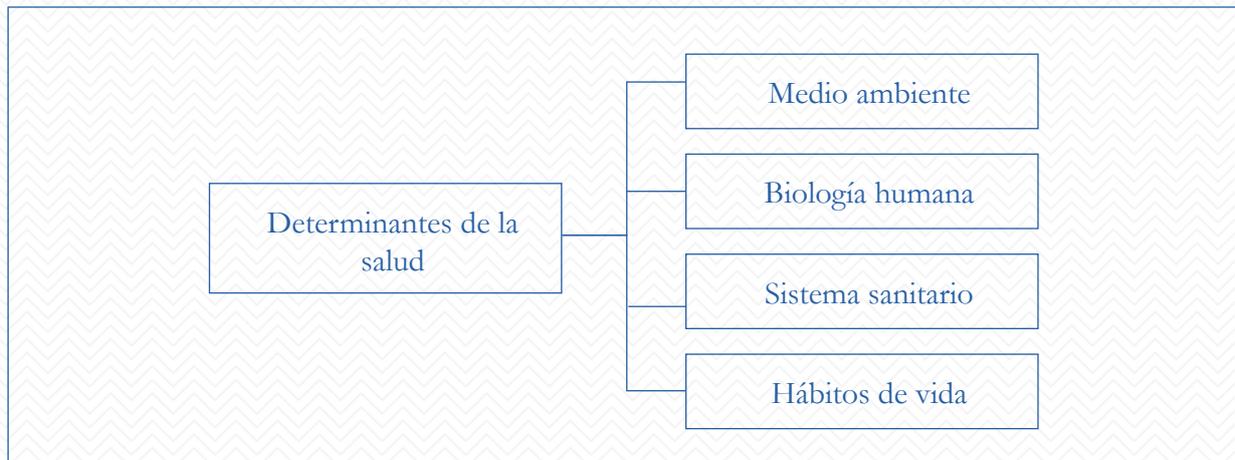
La participación comunitaria representa un elemento fundamental en el manejo efectivo del proceso salud - enfermedad. Esta aproximación surge como respuesta a la necesidad de mejorar la participación de la comunidad en la atención de la salud y el manejo de enfermedades. Los resultados en salud mejoran a través de la incorporación activa de la comunidad y los individuos afectados en la toma de decisiones y acciones. El desarrollo de este enfoque participativo ha sido influenciado por diversos factores:

- Factores económicos: necesidad de optimizar recursos en salud, búsqueda de sostenibilidad en las intervenciones sanitarias y reducción de costos a través de la prevención.
- Factores sociales: reconocimiento del conocimiento local y cultural, importancia de las redes sociales en la salud y empoderamiento de las comunidades.
- Factores políticos: descentralización de los servicios de salud, desarrollo de políticas públicas participativas y reconocimiento de la salud como derecho humano.

En este contexto, los tratados internacionales fundamentales incluyen:

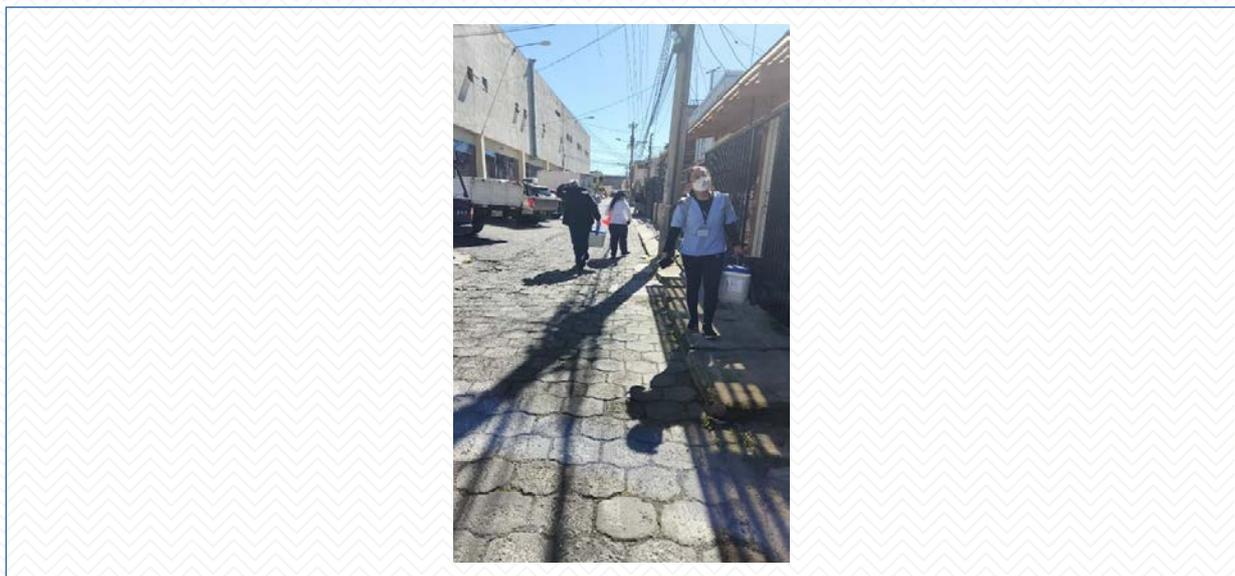
- La Declaración de Alma-Ata (1978): estableció la meta de “salud para todos”, reconoció la participación comunitaria como elemento esencial y enfatizó la importancia de la atención primaria.
- La Carta de Ottawa (1986): promovió la promoción de la salud, fortaleció la acción comunitaria y estableció estrategias para el empoderamiento comunitario.

La evolución histórica de la participación comunitaria está marcada por dos hitos significativos: la firma de tratados internacionales fundamentales y el reconocimiento de la salud como un derecho humano universal. Esta perspectiva histórica permite comprender mejor cómo la participación comunitaria ha evolucionado desde sus inicios hasta convertirse en un componente esencial de los sistemas de salud actuales, proporcionando un marco integral para entender su desarrollo y aplicación en el contexto contemporáneo (Carbonetti, Brunazzo, & Suchowolski, 2016).

Figura 1*Determinantes de la salud.**Fuente: autoría propia.*

La participación de la comunidad en la atención de la salud y el manejo de enfermedades no es un concepto nuevo. Desde tiempos antiguos, han existido personas dentro de grupos o comunidades, como chamanes, parteras y curanderos, encargadas de velar por la salud colectiva (Sánchez & Martínez, 2020). Con el tiempo, la atención a las necesidades de salud comunitarias ha ido evolucionando, permitiendo identificar los factores que facilitan o dificultan la intervención en este ámbito. Estos factores pueden resumirse de la siguiente manera:

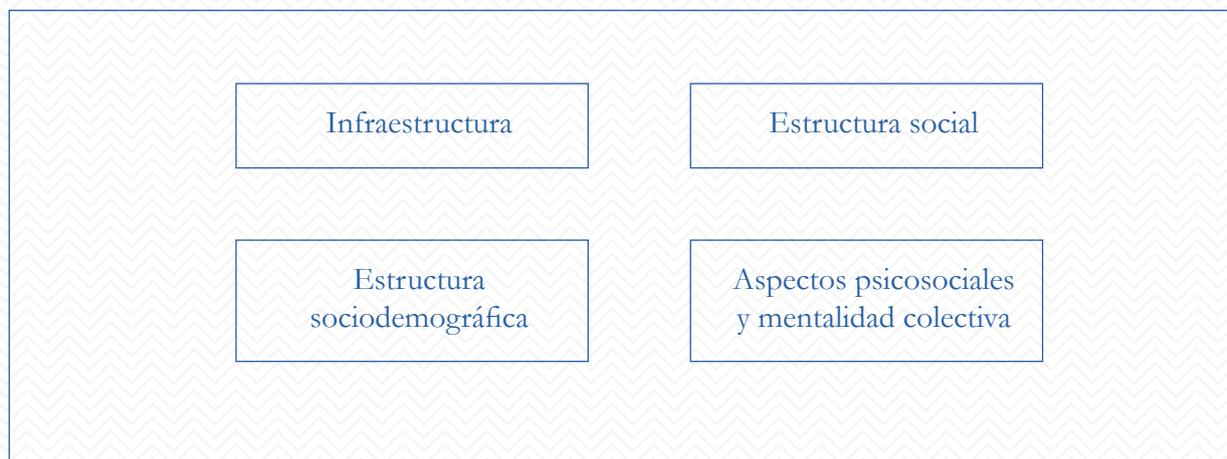
- La falta de recursos financieros en los sistemas de bienestar social.
- Los cambios en las políticas relacionadas con las instituciones de salud.
- La aparición de enfermedades vinculadas principalmente a comportamientos y actitudes.

Figura 2*Comunidad y personal de salud.**Fuente: autoría propia.*

En este sentido, la salud comunitaria puede definirse como el estado de salud tanto individual como grupal dentro de una comunidad específica, influenciado por la interacción de factores personales, familiares, socioeconómicos, culturales y físicos (Ministerio de Salud Pública, 2016).

Figura 3

Componentes estructurales de una comunidad.



Fuente: autoría propia.

Este enfoque incluye una perspectiva social de la salud, reflexionando el contexto social en el que ocurren los fenómenos de salud y enfermedad, abarcando tanto los niveles macro social como micro social. Además, implica la participación activa de las comunidades, instituciones y otros sectores en el proceso de toma de decisiones. En este modelo de atención, la población participa con el objetivo de abordar y resolver las necesidades de la comunidad.

■ Funciones de la salud pública

Actualmente, los sistemas de salud comunitaria enfrentan una compleja combinación de desafíos. Como señalan Sánchez & Martínez (2020), estos incluyen, no solo el resurgimiento de enfermedades infecciosas, sino también cambios significativos en los entornos político, social y económico que afectan directamente la equidad sanitaria y la salud de las comunidades. Estos nuevos retos se suman a las deficiencias estructurales ya existentes en los sistemas de salud.

Para hacer frente a esta situación, se ha desarrollado un enfoque integral que opera en múltiples niveles:

- Colaboración multinivel: las autoridades sanitarias trabajan en coordinación con diferentes niveles institucionales y mantienen una participación activa de los pacientes.
- Fortalecimiento sistemático: busca desarrollar capacidades específicas para reforzar los sistemas de salud existentes, garantizar el cumplimiento efectivo del derecho a la salud, intervenir en factores de riesgo identificado y abordar los determinantes sociales de la salud.

El desarrollo de estas capacidades se estructura en fases específicas:

- Análisis situacional: evaluación comprehensiva de la salud poblacional y factores de riesgo.

- Diseño de políticas enfocadas en el fortalecimiento de sistemas y manejo de determinantes.
- Gestión de recursos: asignación efectiva de recursos disponibles.
- Acceso universal: garantizar la disponibilidad de servicios e intervenciones de salud pública para toda la población.

Según la Organización Panamericana de la Salud (2020), las funciones esenciales de salud pública representan las capacidades que tienen las autoridades sanitarias, en colaboración con la sociedad civil y en todos los niveles institucionales para:

- Fortalecer los sistemas de salud.
- Garantizar el derecho a la salud.
- Actuar sobre factores de riesgo y determinantes sociales.
- Proteger la salud pública desde una perspectiva institucional.

Esta propuesta renovada tiene como objetivo guiar la formulación de políticas de salud pública, mediante la cooperación intersectorial a lo largo de cuatro etapas que constituyen un ciclo de políticas integrado: evaluación, desarrollo de políticas, asignación de recursos y acceso (Martínez & Ramon, 2014). El marco renovado se sustenta en cuatro pilares orientados a la acción:

- Aplicación de principios éticos para combatir desigualdades en salud.
- Intervención sobre determinantes: sociales, económicas, culturales y políticas.
- Garantía de acceso universal a servicios de salud pública.
- Fortalecimiento del liderazgo de autoridades sanitarias.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) desde el año 2020, proporciona asistencia técnica orientada a la optimización de las funciones esenciales de salud pública que se relacionan intrínsecamente con la evaluación sistemática, la formulación de políticas estratégicas, la asignación eficiente de recursos y el acceso equitativo a servicios de salud. El objetivo primordial de dicha asistencia radica en el fortalecimiento estructural de los sistemas de salud, en particular en los dominios de prevención, detección, evaluación y respuesta ante eventos adversos de salud pública. Concomitantemente, se impulsa la adopción de enfoques integrados y multisectoriales diseñados con el propósito de alcanzar la cobertura de salud universal. Además, se promueve el intercambio de conocimiento, la divulgación de buenas prácticas, la cooperación interinstitucional para el fortalecimiento continuo de las funciones esenciales de salud pública y la mejora de los sistemas de salud en su totalidad (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Dentro de este ámbito, los centros para el control y la prevención de enfermedades (2024) establecen que los sistemas de salud deben fundamentar sus acciones en cuatro pilares esenciales:

- Evaluación de la situación de salud poblacional.
- Formulación de políticas para sistemas de salud.
- Asignación efectiva de recursos.
- Garantía de acceso universal a servicios e intervenciones.

En este sentido, existe un enfoque renovado, donde el marco actualizado introduce importantes innovaciones:

- Replanteamiento de las funciones como capacidades institucionales.

- Integración activa de la sociedad civil en el desarrollo de políticas.
- Mayor énfasis en intervenciones intersectoriales sobre determinantes sociales.

■ Las once funciones esenciales

Las funciones esenciales se enmarcan como capacidades institucionales que los países deberían fortalecer para una apropiada formulación de acciones de salud pública. A continuación, se presenta en la Tabla 1 las once funciones estructuradas de acuerdo a dimensiones de organización:

Tabla 1

Las once funciones esenciales en salud.

Monitoreo y análisis.	<p>1. Seguimiento y evaluación integral del estado de salud, considerando:</p> <p>2. Vigilancia en salud pública para:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bienestar poblacional. - Equidad en salud. - Determinantes sociales. - Desempeño de sistemas sanitarios. - Identificación de riesgos. - Control de amenazas. - Gestión de emergencias.
Desarrollo de conocimiento y políticas.	<p>3. Gestión de investigación y generación de conocimientos.</p> <p>4. Diseño e implementación de:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Políticas sanitarias. - Marcos normativos protectores.
Participación y recursos.	<p>5. Fomento de:</p> <p>6. Desarrollo de recursos humanos y gestión de:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Personal sanitario. - Medicamentos esenciales. - Tecnologías sanitarias.
Gestión y acceso.	<p>7. Implementación de mecanismos de financiamiento eficientes.</p> <p>8. Garantía de acceso a servicios de salud integrales.</p> <p>9. Provisión equitativa de intervenciones preventivas y promotoras.</p>	
Coordinación y liderazgo..	<p>10. Coordinación y promoción de acciones enfocadas en abordar los determinantes sociales.</p> <p>11. Fortalecimiento del liderazgo ministerial para:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Toma de decisiones basada en evidencia. - Enfoque en equidad. - Sostenibilidad del sistema.

Fuente: autoría propia.

Asimismo, se asume un rol de participación de la sociedad civil y actores claves como parte del proceso de desarrollo de políticas y no se los limita a ser facilitadores de la prestación de servicios. También, asumen más relevancia las intervenciones intersectoriales que abordan los determinantes sociales de la salud.

Figura 4

Funciones esenciales de la salud pública renovadas.



Fuente: imagen tomada de Organización Mundial de la Salud (2019). <https://bit.ly/3Du7Mip>

■ Enfermera comunitaria

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que una enfermera especialista en enfermería familiar y comunitaria debe tener un conocimiento profundo de la complejidad de las personas, familias y grupos, así como de las interacciones entre ellos. Además, debe conocer a fondo la comunidad en la que presta sus servicios, incluyendo los recursos disponibles y las diversas formas de interacción entre sus miembros. El término “Enfermería Comunitaria” empezó a ser utilizado en 1974 por la OMS, cuando se organizó el primer seminario titulado Community Nursing, con el objetivo de desarrollar un enfoque comunitario para los cuidados de enfermería (Ministerio de Salud Pública, 2024).

■ *Funciones de la enfermería familiar y comunitaria*

La enfermería comunitaria desempeña diversas funciones esenciales, que incluyen la prestación de servicios de enfermería en ambulatorios o centros de salud, así como el desarrollo y ejecución de actividades en asistencia, investigación, docencia y promoción de la salud. Su objetivo es garantizar un servicio médico asistencial de calidad y promover la educación para la salud. Entre sus responsabilidades están: fortalecer la prevención y control de enfermedades, diagnosticar y evaluar pacientes, brindar cuidado y seguimiento a casos existentes, ofrecer atención primaria, realizar censos y visitas a familias, realizar trabajos sociales y asegurar un trato igualitario para todos los miembros de la comunidad. Adicional a todo ello, sus tres principales roles son:

Curar. Este rol implica diagnosticar, tratar y prevenir enfermedades, tanto a nivel individual como familiar y comunitario. La enfermera comunitaria debe considerar al paciente en el contexto de su familia y comunidad para evitar el desarrollo de enfermedades graves.

Educar. En esta función, la enfermera comunitaria utiliza métodos como charlas y talleres para enseñar a los miembros de la comunidad sobre hábitos saludables y cuidados de salud. Este enfoque educativo busca fomentar políticas de salud positivas y prevenir enfermedades.

Investigar. Como investigadora, la enfermera comunitaria identifica problemas que afectan el bienestar de la comunidad, ya sea por carencias materiales, falta de servicios, deficiencias educativas o creencias erróneas. Con esta información, puede desarrollar planes de acción para abordar y resolver los problemas detectados.

Figura 5

Enfermera comunitaria en la comunidad de Tambillo, Ecuador.



Fuente: autoría propia.

En la Tabla 2 se puede visualizar categorías de la intervención de enfermería comunitaria, como la realización de un programa de salud.

Tabla 2

Ejemplo de un programa de enfermería comunitaria.

Categoría	Descripción	Ejemplo
Nombre del programa.	Nombre del programa o intervención comunitaria.	Programa de Vacunación Infantil.
Objetivo.	Propósito principal del programa.	Reducir la incidencia de enfermedades prevenibles por vacunación en niños menores de 5 años.
Población objetivo.	Grupo de personas a quienes está dirigido.	Niños menores de 5 años en la comunidad.
Actividades.	Acciones específicas realizadas en el programa.	Sesiones de vacunación, charlas educativas sobre salud infantil.
Recursos necesarios.	Recursos materiales y humanos requeridos.	Vacunas, enfermeras capacitadas, equipo de refrigeración.
Frecuencia.	Cuando se realizan las actividades.	Mensualmente.
Responsables.	Personas o equipos encargados de implementar el programa.	b
Indicadores de éxito.	Criterios para medir el éxito del programa.	Porcentaje de niños vacunados, reducción de casos de enfermedades específicas.
Resultados esperados.	Beneficios o cambios esperados como resultado del programa.	Aumento en la tasa de inmunización, menor incidencia de enfermedades prevenibles.

Fuente: autoría propia.

CAPÍTULO II

Atención Primaria de Salud



Introducción

La Atención Primaria de Salud (APS) representa el pilar fundamental de los sistemas de salud a nivel mundial, ofreciendo un acceso esencial a servicios médicos para todos los individuos y familias dentro de una comunidad. Este enfoque integral y accesible busca, no solo satisfacer las necesidades sanitarias básicas, sino también fomentar la participación activa de la comunidad y garantizar una atención a costos que sean sostenibles, tanto para las familias como para el país en general. En este contexto, la APS no solo actúa como el núcleo del sistema de salud nacional, sino que también desempeña un papel crucial en el desarrollo socioeconómico de las comunidades.

La APS abarca tres áreas fundamentales: empoderamiento de personas y comunidades, formulación de políticas y acciones multisectoriales y prestación de servicios integrados de salud, que incluyen desde la prevención de enfermedades y la promoción de la salud hasta el manejo de afecciones crónicas y cuidados paliativos. Esta iniciativa asegura que se cubran todas las dimensiones de la salud, desde la prevención de enfermedades hasta el tratamiento de condiciones de salud más complejas, consolidando así una base sólida para el bienestar general de la población (Ministerio de Salud Pública, 2012).

■ ¿En qué consiste la atención primaria de salud?

Esta representa el primer nivel de contacto entre los individuos, familias y comunidades con el sistema nacional de salud. De acuerdo con Almeida (2018), la atención primaria se enfoca al alcance del máximo nivel de salud y bienestar en la persona, familia y comunidad, bajo los principios de equidad y solidaridad social. Es de interés reconocer, que este nivel constituye el primer elemento de un proceso continuo de atención sanitaria, acercando la asistencia sanitaria lo más cerca posible al lugar donde las personas viven y trabajan. Para sostener un sistema con estas características, es necesario adherirse a los siguientes principios:

- Capacidad de respuesta equitativa y eficiente: el sistema debe ser capaz de atender las necesidades sanitarias de los ciudadanos de manera justa y eficaz; debe incluir la capacidad de monitorear y mejorar continuamente.
- Responsabilidad gubernamental: los gobiernos tienen la obligación de rendir cuentas por la gestión del sistema de salud pública.
- Sostenibilidad: el sistema debe ser financieramente viable a largo plazo.
- Participación: la participación activa de la comunidad y otros sectores es fundamental.
- Calidad y seguridad: el sistema debe orientarse hacia los estándares más altos de calidad y seguridad en la atención sanitaria.
- Intervenciones intersectoriales: es necesario implementar acciones que involucren múltiples sectores para abordar de manera integral los determinantes de la salud.

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (2021), aproximadamente 3600 millones de personas (la mitad de la población mundial) carecen de una cobertura completa de servicios de salud esenciales. El Ministerio de Salud Pública (2024) proyecta que expandir la Atención Primaria de Salud (APS) en países de ingresos bajos y medianos podría salvar 60 millones de vidas y aumentar la esperanza de vida en 3.7 años para 2030.

Esta meta requiere una inversión adicional anual de USD \$200 a 370 mil millones para ampliar los servicios de salud, compromiso que los países reforzaron en la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2019 (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2021).

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ENSANUT-ECU 2012-2014, revela desafíos significativos (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2021): 25% de menores de cinco años sufren retardo en el crecimiento; entre personas de 40 a 49 años, 3.4% presenta diabetes; entre personas de 50 a 59 años, 10.3% tiene diabetes; en adultos mayores, 15.2% padece diabetes, que son 414.514 personas.

En este mismo sentido, el impacto del COVID-19, arrojó nuevos datos epidemiológicos. En concordancia con el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2021), se presentan las siguientes cifras por parte del Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública (INSPI) hasta enero 2021: 866.775 muestras RT-PCR realizadas, 246.000 casos confirmados, 204.071 recuperados, 28.251 altas hospitalarias. Adicionalmente, la ocupación hospitalaria nacional mostró: un 39% en camas generales y 85% en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI); de estos últimos, el porcentaje de permanencia de casos críticos fue el 100% en Carchi y 93% en Pichincha.

Un ejemplo práctico es que, en Pichincha, una provincia con 2.5 millones de habitantes, la alta ocupación de UCI (93%) durante la pandemia evidenció la importancia de fortalecer la APS. Un centro de salud local logró reducir las hospitalizaciones en 30% mediante programas preventivos y seguimiento domiciliario de pacientes crónicos, demostrando la efectividad de la inversión en atención primaria.

■ Atención Primaria en Salud (APS): estrategias y actividades

La reforma de la atención primaria y el establecimiento de esfuerzos conjuntos para mejorar la salud es de suma importancia. Principalmente, se consideran tres razones:

Adaptación a los cambios. La atención primaria está bien posicionada para adaptarse a los rápidos cambios en la economía, la tecnología y la demografía, los que impactan directamente en la salud y el bienestar. Un análisis reciente mostró que aproximadamente la mitad de los avances en la reducción de la mortalidad infantil entre 1990 y 2010 se debieron a factores externos al sector salud, como el acceso a agua potable, el saneamiento, la educación y el crecimiento económico. La atención primaria facilita la colaboración entre diversos actores para revisar y ajustar políticas que aborden los determinantes sociales, económicos, ambientales y comerciales de la salud y el bienestar.

Participación de múltiples partes interesadas. El modelo de atención primaria facilita la participación de diversos actores en el análisis y la modificación de políticas, con el fin de abordar los factores que influyen en la salud y el bienestar. Esta colaboración resulta clave para enfrentar los determinantes sociales y económicos que afectan la salud de las comunidades.

Empoderamiento de comunidades. La consideración de las personas y comunidades como agentes activos en la producción de su propia salud y bienestar es fundamental para comprender y abordar las complejidades de un mundo en constante cambio. La atención primaria promueve este empoderamiento, permitiendo que las comunidades jueguen un papel crucial en la mejora de su

salud y bienestar (Carbonetti, Brunazzo, & Suchowolski, 2016).

Es innegable que la atención primaria representa una estrategia altamente eficaz y eficiente para abordar las principales causas y riesgos asociados a las condiciones de salud y bienestar en la actualidad. También, es fundamental para los nuevos desafíos que podrían amenazar estos aspectos en el futuro. Para hacer frente a las crecientes y complejas necesidades de salud, se torna indispensable adoptar un enfoque multisectorial que integre políticas de promoción de la salud y prevención, con soluciones adaptadas a las necesidades específicas de las comunidades, así como servicios de salud centrados en el individuo. Adicionalmente, se ha demostrado que la inversión en atención primaria resulta rentable, ya que la provisión de una atención primaria de calidad puede contribuir a la reducción de los costos generales en el sector salud y a una mejor eficiencia al disminuir el número de hospitalizaciones.

Figura 6

Campaña de vacunación en la comunidad de Tambillo, Ecuador.



Fuente: autoría propia.

La consecución de estos objetivos se logra mediante la implementación de estrategias que incluyen la participación y educación de la comunidad, la prescripción adecuada de medicamentos y la realización de funciones esenciales de salud pública, tales como la vigilancia. La atención primaria abarca también componentes fundamentales que contribuyen a mejorar la seguridad sanitaria y a prevenir riesgos para la salud, incluyendo la gestión de brotes epidémicos y la lucha contra la resistencia a los antimicrobianos. El fortalecimiento de los sistemas en los centros de salud comunitarios y periféricos es vital para fomentar la resiliencia, un aspecto esencial para afrontar los retos que presenta el sistema de salud (Martínez & Ramón, 2014).

■ Clasificación niveles de atención

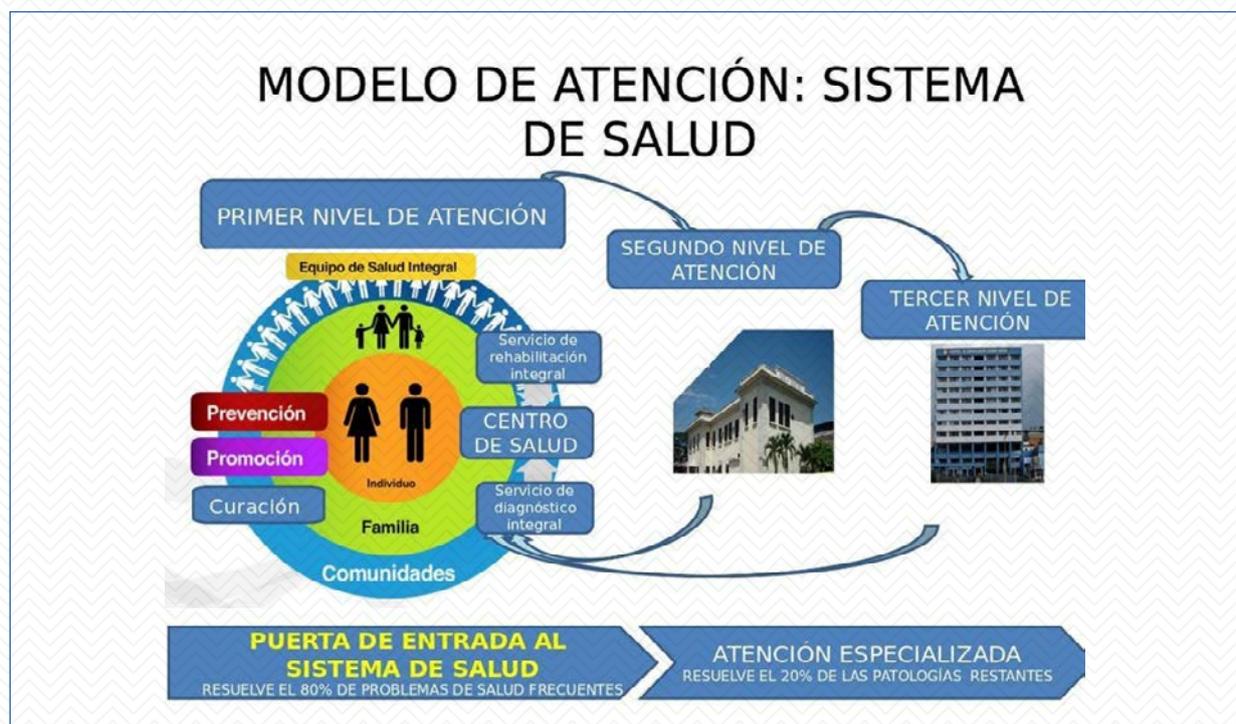
De acuerdo con el Acuerdo Ministerial 5212, publicado en el Registro Oficial Suplemento 428 el 30 de enero de 2015, se ha establecido una tipología para la homologación de los establecimientos

de salud en función de los niveles de atención y servicios de apoyo que forman parte del Sistema Nacional de Salud. En el Capítulo I, Artículo 1, se especifica que los establecimientos del Sistema Nacional de Salud se categorizan por niveles de atención y de acuerdo con su capacidad resolutive, tal como se detalla a continuación (Ministerio de Salud Pública, 2012):

- Primer nivel de atención.
- Segundo nivel de atención.
- Tercer nivel de atención.
- Cuarto nivel de atención.
- Servicios de apoyo transversales a los niveles de atención.

Figura 7

Modelo de Atención Sistema de Salud.



Fuente: imagen tomada de Ministerio de Salud Pública (2015). <https://bit.ly/4bDncxi>

Los establecimientos de salud de primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública representan la puerta de acceso más cercana de la población a los servicios de salud. Su función es facilitar la navegación de los usuarios dentro del sistema sanitario, ofreciendo una amplia gama de servicios que incluyen la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la recuperación, la rehabilitación y los cuidados paliativos. Estos centros implementan acciones de salud pública conforme a las directrices establecidas por la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN). Además, se caracterizan por su atención ambulatoria, lo que les permite abordar eficientemente problemas de salud de corta estancia. También, proporcionan atención de urgencia y emergencia, ajustándose a su capacidad resolutive y aseguran una gestión adecuada de referencias, derivaciones y contrarreferencias, garantizando así la continuidad y la longitudinalidad del cuidado del paciente.

El primer nivel de atención constituye la puerta principal de ingreso al Sistema Nacional de Salud, estructurándose en establecimientos clasificados según su nivel de complejidad:

Tabla 3*Establecimientos del primer nivel de atención.*

Puesto de salud	- Establecimiento básico. - Primer contacto con la comunidad.
Consultorio general	- Atención ambulatoria. - Servicios médicos generales.
Centro de Salud A	- Servicios básicos ampliados. - Atención preventiva y curativa.
Centro de Salud B	- Mayor capacidad resolutive. - Servicios complementarios.
Centro de Salud C	- Máxima complejidad en primer nivel. - Servicios especializados básicos.

Fuente: autoría propia.

En este contexto, el nivel prehospitalario es el que opera de manera transversal, interactuando con todos los niveles de atención, proporcionando prestaciones temporales prehospitalarias. Además, este es el responsable de brindar atención en salud a las personas que han sufrido una alteración aguda de su integridad física o mental. Este nivel constituye la respuesta a emergencias extramurales a la prestación de servicios sanitarios, a través del centro coordinador Sistema Integrado de Seguridad ECU 911 y las ambulancias (Ministerio de Salud Pública, 2015).

En conclusión, este sistema estructurado permite una atención escalonada y eficiente, asegurando la continuidad de la atención desde el primer contacto hasta los niveles más especializados cuando sea necesario.

Figura 8*Miembros del nivel prehospitalario y primer nivel de atención, Tambillo, Ecuador.**Fuente:* autoría propia.

CAPÍTULO III

Nuevo Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)



Introducción

En el contexto de la continua evolución de los sistemas de salud a nivel global, se manifiesta la imperante necesidad de adoptar enfoques más integrales y centrados en el paciente para asegurar la calidad y efectividad de la atención sanitaria. El Manual del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) se erige como una herramienta fundamental en este proceso de transformación.

El MAIS ha sido diseñado con el propósito de fomentar un enfoque holístico en la atención sanitaria, que no solo contempla la atención médica tradicional, sino que también abarca aspectos cruciales como la prevención, el bienestar mental y emocional y la integración de servicios. Este modelo se propone superar las prácticas fragmentadas del pasado, proporcionando una atención continua y coordinada que aborde todas las dimensiones de la salud del individuo (Ministerio de Salud Pública, 2015).

La implementación del Modelo de Atención Integral de Salud representa un avance significativo en la mejora de la calidad de la atención sanitaria. Al ofrecer una perspectiva más completa y coordinada de la salud, el MAIS tiene el potencial de revolucionar la forma en que se prestan los servicios de salud, generando un impacto positivo, tanto en la vida de los pacientes como en la eficiencia de los sistemas de salud. Este modelo actúa como una herramienta esencial en este proceso de cambio, dotando a los profesionales de los recursos necesarios para implementar con éxito un modelo de atención centrado en el paciente (Ministerio de Salud Pública, 2015).

En este contexto, el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural enfrenta el desafío de consolidar la implementación del modelo de atención integral con un enfoque familiar, comunitario e integral. Esto implica colaborar estrechamente con las familias, fomentar nuevas formas de interacción, situar al usuario en el centro de la atención, establecer buenas prácticas y desarrollar intervenciones orientadas a generar resultados con impacto social. Basado en la convicción de que un enfoque biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural es la opción más idónea para responder de manera más efectiva a las necesidades de individuos, familias y comunidades; así, se busca contribuir significativamente a la mejora de su calidad de vida (Ministerio de Salud Pública, 2012).

■ Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)

El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) establece una framework que garantiza la atención integral en los diversos niveles del sistema de salud, configurando así los pilares fundamentales del Sistema Nacional de Salud. Su propósito es responder adecuadamente a las necesidades de salud de individuos, familias y comunidades, mediante una serie de estrategias, normativas, procedimientos, herramientas y recursos (Ministerio de Salud Pública, 2012).

El enfoque del MAIS se centra en la protección del derecho a la salud, organizando eficientemente las modalidades y el contenido de los servicios integrales. Este modelo promueve la colaboración intersectorial y alienta la participación activa de la ciudadanía. Además, se orienta hacia la promoción, atención y recuperación de la salud en sus múltiples dimensiones: biológica, mental, espiritual, psicológica y social. Los principios fundamentales del modelo son:

- Atención centrada en la persona: respeto a la diversidad, consideración de diferencias culturales, generacionales y de género; enfoque holístico del ser humano.
- Promoción y prevención: priorización de acciones preventivas, intervenciones en ámbitos individual y colectivo y abordaje integral del proceso salud - enfermedad.

■ **Objetivos estratégicos para el fortalecimiento del Modelo de Atención Integral de Salud**

Lo fundamental es integrar y consolidar la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) en los tres niveles de atención, redirigiendo los servicios de salud hacia la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, fortaleciendo los procesos de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos para ofrecer una atención integral, de calidad y con un profundo respeto hacia las personas, su diversidad y su entorno, con un enfoque especial en la participación organizada de los actores sociales (Ministerio de Salud Pública, 2012). De esta manera, los objetivos estratégicos que sustentan el MAIS son:

Tabla 4

Objetivos estratégicos del MAIS.

Acceso y equidad	<ul style="list-style-type: none"> - Eliminar barreras de acceso sanitario. - Fortalecer atención primaria y secundaria. - Establecer hospitales como complemento resolutivo.
Organización territorial	<ul style="list-style-type: none"> - Crear redes zonales y distritales. - Mejorar coordinación entre niveles de atención. - Fortalecer sistema de referencia y contrarreferencia.
Calidad del servicio	<ul style="list-style-type: none"> - Equipos capacitados y motivados. - Implementación de protocolos y guías clínicas. - Auditorías y control de calidad. - Integración de especialistas en medicina familiar.

Fuente: autoría propia.

El cambio hacia un nuevo paradigma sanitario ha implicado la creación de una estrategia innovadora que promueve la transición, desde un modelo orientado a la enfermedad hacia un enfoque proactivo en la producción y el cuidado de la salud, así como en la promoción de la prevención y el respeto a la diversidad. En este contexto, se han generado las siguientes innovaciones clave:

- Sistemas de información: telecomunicaciones sanitarias, apoyo diagnóstico digital y educación continua profesional.
- Participación comunitaria: estrategias de involucramiento ciudadano, empoderamiento en salud y construcción colaborativa de intervenciones sanitarias.
- Vigilancia epidemiológica: epidemiología comunitaria, democratización de información

sanitaria y participación poblacional activa.

- Enfoque intersectorial: control de determinantes sociales de salud, intervenciones coordinadas y mejora integral de condiciones de vida.

Un ejemplo práctico de la implementación de este modelo se ha observado en la provincia de Manabí, donde un centro de salud ha adoptado esta estrategia a través de reuniones mensuales con líderes comunitarios, capacitaciones enfocadas en la prevención, un sistema digital para el seguimiento de pacientes crónicos y un proceso automatizado de referencia entre niveles de atención. Esta iniciativa ha resultado en una reducción del 40% en las hospitalizaciones evitables, una mejora significativa en la percepción de la calidad del servicio, y un cambio en la perspectiva de atención médica, que anteriormente se centraba únicamente en la enfermedad y el paciente.

■ *Principios del Modelo de Atención Integral de Salud*

Según el Ministerio de Salud Pública (2012), los principios y sus definiciones son: Garantía de los derechos de las y los ciudadanos. La presente garantía concierne a la creación de condiciones que fomenten un estilo de vida saludable y aseguren el acceso universal a servicios de salud integrales, coordinados y de alta calidad. Este objetivo se alcanzará mediante la implementación de componentes organizativos, de provisión, gestión y financiamiento adecuados y suficientes, que contemplen a toda la población y que eliminen las barreras de acceso a la atención sanitaria. Este principio establece que los derechos de los ciudadanos se promueven en un marco de corresponsabilidad, en el cual se reconoce el cumplimiento de los deberes hacia los demás, las comunidades y la sociedad en su conjunto.

Universalidad. Este documento abarca la estructuración y operatividad de la Red Pública Integral de Salud, así como su red complementaria, con el objetivo de asegurar que todos los ciudadanos tengan acceso a servicios de salud de alta calidad. Se busca garantizar la igualdad de oportunidades en el acceso y la atención integral de la salud para toda la población, sin distinción de nacionalidad, etnia, lugar de residencia, género, nivel educativo, ocupación o situación económica.

Integralidad. Desde un enfoque integral y biopsicosocial de la salud, tanto a nivel individual como colectivo, se interviene en los riesgos y condiciones que impactan la salud, fortaleciendo los factores protectores. Se integran acciones dirigidas a la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, abarcando a personas, familias, comunidades y su entorno. Asimismo, se combinan esfuerzos de diversos sectores, se fomenta la participación ciudadana y se incorporan distintos sistemas médicos, incluyendo la medicina convencional, las prácticas ancestrales y las alternativas.

Equidad. Implica erradicar las desigualdades injustas en el estado de salud, asegurando que todas las personas puedan acceder a servicios de atención médica, entornos saludables y recibir un trato justo en el sistema sanitario y otros servicios sociales. La equidad es clave para potenciar las capacidades, libertades y derechos fundamentales de cada individuo.

Continuidad. Consiste en mantener un seguimiento constante del estado de salud de las personas y sus familias, gestionando los riesgos y determinantes de la salud, tanto a nivel individual como en su entorno. Esto incluye abordar y dar solución a episodios específicos de enfermedad, acompañando hasta su recuperación o rehabilitación completa.

Participativo. Involucra la creación de estrategias que promuevan la participación activa de las personas y comunidades en decisiones relacionadas con las prioridades de intervención, el manejo de recursos y el diseño de políticas. Además, fomenta la corresponsabilidad y el autocuidado como pilares para una sociedad más comprometida con su bienestar.

Desconcentrado. Se refiere al proceso de delegar competencias desde una entidad administrativa central hacia niveles inferiores, como zonas, distritos o localidades, manteniendo la supervisión y dirección estratégica para garantizar el cumplimiento eficiente y la calidad de las funciones transferidas.

Eficiente, eficaz y de calidad. Implica usar de manera óptima y racional los recursos disponibles para atender las necesidades de la población, priorizando a los grupos más vulnerables. La eficiencia en el gasto se traduce en aplicar procedimientos y mecanismos que maximicen el impacto y aseguren la correcta utilización de los recursos.

Equipo de salud - persona como sujeto de derechos o ciudadano. La relación entre el personal de salud y las personas trasciende el ámbito institucional, estableciéndose como una interacción basada en el reconocimiento de las personas como sujetos de derechos. Las acciones de gestión y atención se orientan no solo a los resultados operativos, sino también a mejorar el impacto social y la calidad de vida de la población.

■ *Componentes del modelo de atención integral de salud familiar comunitario e intercultural (MAIS-FCI)*

El modelo se fundamenta en un enfoque integral y multidimensional de la salud, que articula tres componentes principales: la familia, como núcleo central del cuidado; la comunidad, como espacio clave para la prevención y promoción de la salud; y la interculturalidad, que asegura el respeto y la integración de saberes y prácticas tradicionales con la medicina convencional. Estos elementos están sostenidos por principios de equidad, participación activa y corresponsabilidad, promoviendo una atención continua, cercana y de calidad. El engranaje entre ellos se da mediante la implementación de estrategias intersectoriales, el fortalecimiento de los equipos de salud y la desconcentración de los servicios, asegurando respuestas contextualizadas y adaptadas a las realidades sociales y culturales de cada población.

Figura 9*Componentes del MAIS.*

Fuente: imagen tomada de Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2023). <https://bit>.

Provisión de servicios. La provisión de servicios de salud abarca la oferta de atención integral e integrada, diseñada para garantizar la continuidad del cuidado y responder a las necesidades de la población en los niveles individual, familiar y comunitario. Esta organización, que incluye tanto al sector público como al privado, se fundamenta en el perfil epidemiológico del país, las necesidades de las distintas etapas del ciclo de vida y la priorización de problemas y condiciones de salud. Se emplean criterios de viabilidad, equidad y especificidad, considerando aspectos como género e interculturalidad.

La Autoridad Sanitaria Nacional (ASN) define un conjunto de prestaciones integrales de salud, abordando las dimensiones biológica, psicológica, social y espiritual. Estas prestaciones engloban acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos y se implementan mediante normas, protocolos y directrices desarrollados participativamente. De este modo, se garantiza que las unidades y equipos de salud de la red pública y complementaria operen bajo lineamientos estandarizados, enfocados en prioridades nacionales establecidas (Ministerio de Salud Pública, 2012).

Conjunto de prestaciones por ciclos de vida. El conjunto de prestaciones es una estructura organizada que especifica los derechos explícitos de las personas en términos de servicios, tecnologías y combinaciones necesidad - tratamiento que el sistema de salud se compromete a ofrecer. Este enfoque permite garantizar que toda la población acceda a los servicios de salud sin importar su capacidad financiera o situación laboral. Su objetivo es transformar el derecho a la salud en una realidad tangible mediante la implementación de acciones concretas, como promoción de la salud,

prevención de enfermedades, atención oportuna y rehabilitación.

Para cumplir este propósito, se asegura la sostenibilidad operativa y financiera del conjunto de prestaciones, maximizando su eficacia y eficiencia, promoviendo la equidad en el acceso a las diferentes fases de atención, y proporcionando seguridad jurídica al especificar los servicios garantizados. Este conjunto debe:

- Actualizarse periódicamente, basándose en el monitoreo constante de las necesidades de salud emergentes.
- Incluir servicios para enfermedades catastróficas.
- Adaptarse al contexto de eventos particulares que impacten la salud pública.

Así, el conjunto de prestaciones se consolida como un instrumento esencial para garantizar el acceso equitativo, eficiente y sostenible a los servicios de salud, alineado con las necesidades y derechos de la población (Ministerio de Salud Pública, 2012).

Figura 10

Monitoreo de pacientes en la atención de enfermedades catastróficas en Tambillo, Ecuador.



Fuente: autoría propia.

Para alcanzar la integralidad en la atención y en las prestaciones de salud, es esencial que el MAIS-FCI reconozca las prestaciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, en función de las necesidades específicas de los grupos poblacionales, de acuerdo con las normas y protocolos establecidos por el Ministerio de Salud Pública.

Atención individual. La salud de cada persona está influenciada no solo por factores biológicos, sino también por interacciones emocionales, espirituales, sociales, culturales y ambientales. Por ello, la atención integral debe enfocarse en promover una cultura de cuidado y autocuidado, adaptándose de manera flexible a las necesidades específicas de cada individuo a lo largo de su vida. Esto incluye garantizar la continuidad en la recuperación durante enfermedades, procesos de rehabilitación efectivos y cuidados paliativos dignos en casos terminales. Es fundamental que

esta atención se base en el respeto mutuo, reconociendo los derechos y responsabilidades tanto del personal sanitario como de los pacientes. Además, debe fomentar un espacio de interacción y aprendizaje compartido que empodere a las personas para gestionar su propia salud.

Atención familiar. La familia desempeña un papel crucial en el cuidado de la salud, actuando como un factor protector, aunque también puede representar un riesgo en contextos de disfunción. El equipo de salud tiene la responsabilidad de identificar problemas, factores de riesgo y factores protectores en el ámbito familiar e individual. Su labor debe incluir una atención integral que abarque la promoción del autocuidado, el seguimiento, el apoyo educativo y el fortalecimiento de relaciones y prácticas saludables dentro del núcleo familiar. Asimismo, es esencial que coordinen intervenciones intersectoriales para abordar problemas que trascienden las capacidades del sistema de salud, garantizando una respuesta integral a las necesidades de la familia.

Atención a la comunidad. La comunidad constituye el entorno inmediato donde las personas y familias conviven y donde las condiciones sociales, económicas y ambientales tienen un impacto directo en la salud. Este espacio se presenta como un escenario idóneo para la colaboración entre actores sociales en la creación de condiciones favorables para la salud. Las estrategias comunitarias deben promover el empoderamiento, la participación activa y la corresponsabilidad en la construcción de entornos saludables.

Atención al ambiente natural. La protección del medio ambiente es un componente esencial en la prestación de servicios de salud, dado su papel determinante en las condiciones en que se desenvuelve. El deterioro ambiental, la contaminación y los efectos del cambio climático son riesgos críticos que deben abordarse mediante acciones preventivas, promoción de hábitos saludables y educación sobre los impactos del entorno en la salud. Por ello, es imprescindible desarrollar intervenciones intersectoriales que integren la participación activa de la comunidad y fomenten un equilibrio sostenible entre el cuidado de la salud y la conservación del ambiente natural (Ministerio de Salud Pública, 2015).

■ *Modalidades de atención*

La atención está integrada por equipos multidisciplinarios, organizados en unidades operativas de los tres niveles del sistema nacional de salud. Estos tienen la responsabilidad de elaborar anualmente un plan de actividades que se ajuste a las modalidades de atención pertinentes. El MAIS-FCI organiza la atención integral bajo las siguientes modalidades:

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

Los equipos de atención integral brindarán sus servicios de acuerdo a las modalidades establecidas, las que se distinguen por su capacidad de resolución en el proceso de atención. Es fundamental estimar el volumen de atenciones, insumos y medicamentos necesarios para ejecutar las actividades programadas de manera efectiva.

Atención intramural en establecimientos de salud de los tres niveles de atención.

La atención intramural comprende los servicios brindados dentro de los establecimientos de salud, abarcando un conjunto integral de acciones orientadas a los distintos ciclos de vida. Estas incluyen la recuperación de la salud, la prevención de enfermedades y riesgos, la promoción de la salud, la rehabilitación y los cuidados paliativos. Su ejecución se rige por las normativas, protocolos y guías clínicas establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN), de cumplimiento obligatorio para todas las unidades de la red pública integral de salud y la red complementaria.

Esta modalidad de atención debe garantizar calidad, calidez, oportunidad y continuidad, además de estar fundamentada en una relación de respeto y reconocimiento de los derechos de los individuos. Asimismo, dentro de las unidades de salud, se fomenta la formación y capacitación continua del equipo integral de salud y se promueve la investigación alineada con las prioridades nacionales y las particularidades locales.

Las actividades intramurales se desarrollan en función del nivel de resolución del establecimiento, desde atención especializada hasta manejo de morbilidades, prevención y promoción de la salud. Estas acciones deben ser planificadas anualmente, considerando el volumen estimado de atenciones y los insumos y medicamentos requeridos para los tres niveles de atención.

También, se implementarán estrategias educativas dirigidas a los usuarios, con el objetivo de informar, sensibilizar y empoderar a la población en temas de salud. En los establecimientos de primer nivel, se realizarán actividades de capacitación práctica dirigidas a los Técnicos en Atención Primaria de Salud (TAPS), fortaleciendo sus competencias en el manejo integral de la atención primaria.

En conjunto, la atención intramural no solo busca responder a las necesidades de salud de la población, sino también garantizar un enfoque integral que abarque la prevención, el tratamiento y la educación, en concordancia con los principios de equidad y sostenibilidad del sistema de salud (Ministerio de Salud Pública, 2012).

Atención extramural o comunitaria en establecimientos operativos de primer nivel de atención. La atención extramural, también conocida como comunitaria, se enfoca en el cuidado integral de la salud mediante acciones destinadas a identificar y gestionar riesgos a nivel individual, familiar, comunitario y ambiental. Su propósito principal es implementar estrategias de prevención y promoción de la salud, fortalecer la educación sanitaria y fomentar la participación activa de la comunidad. Además, busca coordinar esfuerzos intersectoriales para abordar los determinantes sociales de la salud y promover un desarrollo integral en los contextos locales (Ministerio de Salud Pública, 2019).

Estas acciones son realizadas principalmente por los equipos de atención integral del primer nivel de atención, quienes desempeñan las siguientes funciones clave:

- Organización comunitaria: facilitan la participación de actores sociales locales para identificar y abordar los problemas prioritarios de salud en la población.
- Identificación de riesgos: detectan de manera temprana riesgos o daños en individuos, familias y comunidades, implementando planes de atención adecuados.
- Promoción de la salud: desarrollan actividades sistemáticas para fomentar la salud en los niveles individual, familiar y comunitario.

- Atención a poblaciones prioritarias: proveen servicios dirigidos a comunidades priorizadas, incluyendo aquellas en zonas de difícil acceso.

- Eventos centinela: identifican y responden a eventos epidemiológicos críticos, aplicando medidas oportunas de vigilancia y control.

Atención en entidades educativas. La atención en instituciones educativas y centros de cuidado infantil se alinea con las normativas del Ministerio de Salud Pública (MSP), enfocándose en estrategias adaptadas al perfil epidemiológico local, las prioridades comunitarias y las políticas nacionales. Estas acciones incluyen programas orientados a la nutrición, la prevención de problemas de salud prioritarios, la promoción de estilos de vida saludables, la prevención de enfermedades crónicas y la implementación de estrategias como la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención de Embarazos en Adolescentes (ENIPLA) y la de atención integral a menores de 5 años (Centros para el control y la prevención de enfermedades, 2024). Las áreas de enfoque son:

- Promoción de estilos de vida saludables: implementación de actividades que fomenten hábitos saludables en los ámbitos individual y colectivo.

- Generación de espacios saludables: creación de entornos que propicien el bienestar y la salud en la comunidad educativa.

- Difusión de derechos y responsabilidades: información dirigida a estudiantes, docentes y familias sobre derechos y responsabilidades relacionadas con la salud.

- Participación en el desarrollo integral: involucramiento de las instituciones educativas en procesos que contribuyan al desarrollo integral de la comunidad.

Figura 11

Esquema de vacunación de la Estrategia Nacional de Inmunizaciones (ENI) en Tambillo, Ecuador.



Fuente: autoría propia.

Atención en comunidades, centros carcelarios, fábricas y empresas. La atención en instituciones comunitarias y laborales, incluyendo centros carcelarios, fábricas y empresas, se desarrolla conforme a las normativas del Ministerio de Salud Pública (MSP) (Ministerio de Salud Pública, 2012). Estas acciones buscan promover la salud laboral, prevenir enfermedades relacionadas con el trabajo, fomentar hábitos saludables y crear ambientes seguros y saludables para las personas en estos entornos. Las principales actividades que se desarrollan son:

- Organización comunitaria: se fomenta la participación activa de los actores sociales locales para identificar, planificar y abordar los problemas y necesidades prioritarias dentro de la zona de cobertura.

- Diagnóstico y planificación: incluye la elaboración de un diagnóstico situacional, el mapeo de actores locales, la planificación participativa, el desarrollo de planes operativos y la formalización de compromisos de gestión para la intervención en salud.

- Fortalecimiento de organizaciones locales: se promueve la creación y fortalecimiento de comités locales de salud, comités de usuarios/as y grupos de autoayuda para consolidar redes comunitarias que contribuyan a la atención y prevención en salud.

- Formación de Técnicos en Atención Primaria de Salud (TAPS): se identifican y capacitan TAPS para asegurar la provisión de servicios de atención primaria de salud en las comunidades y lugares de trabajo.

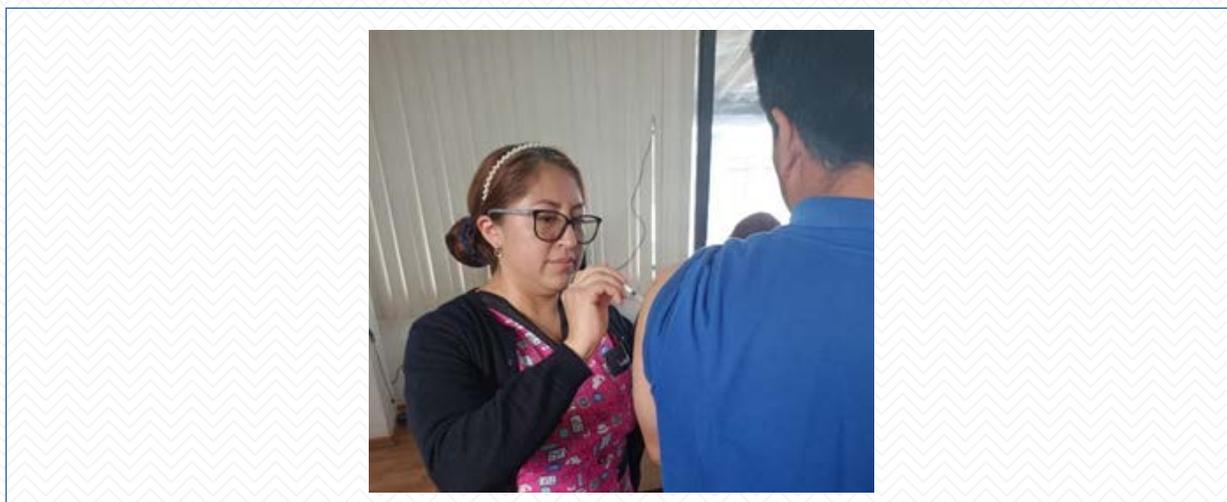
- Actividades intersectoriales: se fomenta la colaboración intersectorial orientada al desarrollo comunitario, articulando esfuerzos entre diferentes sectores para mejorar los determinantes sociales de la salud.

- Epidemiología comunitaria: se implementan herramientas de epidemiología comunitaria para identificar eventos centinela y tomar medidas oportunas. Estas herramientas incluyen: asambleas comunitarias para identificar y priorizar eventos críticos; recolección y análisis de historias de vida; mapas de riesgo para identificar áreas vulnerables; planes de intervención y mecanismos de seguimiento y monitoreo.

En la Figura 12 se visualiza la atención de una enfermera comunitaria realizando prevención a través del esquema de vacunación en una empresa en Tumbillo, Ecuador.

Figura 12

Esquema de vacunación a empresa localizada en una comunidad.



Fuente: autoría propia.

Tabla 5*Características de la atención domiciliaria.*

Identificación y planificación	Es importante reconocer rápidamente los problemas y peligros que pueden afectar a personas, familias y comunidades. Para ayudar, se harán visitas a las casas para entender mejor la situación y crear un plan de apoyo. Estas visitas se organizarán con anticipación, y no todo el equipo tendrá que estar presente en cada visita para hacer esto.
Detección y atención integral	Buscar y dar ayuda completa a problemas de salud que toquen tanto la mente como el cuerpo, incluyendo dificultades físicas o mentales y también problemas sociales para grupos que más lo necesitan. Esto implica crear, poner en práctica, anotar y revisar las acciones que se toman.
Cuidados paliativos	Ayudar y acompañar a personas que están muy enfermas y a sus familias, dándoles el apoyo que necesitan en esos momentos difíciles.
Cuidados paliativos	Ayudar y acompañar a personas que están muy enfermas y a sus familias, dándoles el apoyo que necesitan en esos momentos difíciles.
Evaluación continua	Estar siempre pendiente de cómo se sienten las personas en su casa y con sus seres queridos, para encontrar maneras de mejorar su bienestar y hacer cosas que les ayuden.
Riesgos ambientales y laborales	Detectar peligros en el lugar donde se vive y trabaja, y crear planes para proteger a quienes están en riesgo, trabajando juntos con diferentes grupos.

Fuente: autoría propia.

Atención prehospitalaria. La atención prehospitalaria constituye un sistema operativo y coordinado, destinado a gestionar situaciones médicas urgentes, brindando servicios de rescate, atención médica y transporte a personas enfermas o accidentadas fuera del entorno hospitalario. Este tipo de atención es un componente esencial del sistema de emergencias médicas y debe integrarse de manera completa en la red de servicios de salud, evitando su reducción a un mero traslado en ambulancia con capacidades limitadas. Las características y objetivos de la atención prehospitalaria son:

- Extensión de la asistencia médica: la atención prehospitalaria es una extensión de los servicios médicos de emergencia hacia la comunidad, diseñada para abordar alteraciones agudas en la salud física o mental de los individuos, ya sea por traumas o enfermedades de cualquier naturaleza.
- Personal capacitado y equipado: profesionales certificados que cuentan con el equipo necesario para realizar procedimientos e intervenciones específicas. Su objetivo principal es preservar la vida, minimizar complicaciones, reducir riesgos de discapacidad y evitar muertes.
- Intervención oportuna: se enfoca en garantizar atención inmediata, tanto en el lugar del incidente como durante el traslado al centro de atención médica, reduciendo así las brechas en la cadena de atención de urgencias.

Los requisitos para el sistema de atención prehospitalaria incluyen la implementación de sistemas de comunicación eficientes que faciliten el acceso al sistema de emergencias mediante marcación rápida, garantizando así su fiabilidad. Además, es esencial contar con un adecuado sistema de transporte que esté debidamente equipado y cuyo personal esté capacitado; todo ello, en estrecha coordinación con el sistema de salud integral.

Figura 13

Componentes de organización del sistema nacional de salud.



Fuente: imagen tomada de Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2024). <https://bit.ly/3QVQrBY>

■ **Organización de los equipos de atención integral de salud**

Los Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS) son el eje central en la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS). Estos equipos están conformados por recursos humanos profesionales dedicados a la atención y gestión, cuya misión es cumplir con los objetivos y metas del sistema de salud. Un equipo de atención integral se define como un grupo interdisciplinario que, utilizando habilidades complementarias y una metodología común, trabaja hacia un objetivo compartido. Dentro de este grupo, cada miembro tiene claramente definidas sus funciones y responsabilidades, mientras todos comparten la responsabilidad de los resultados obtenidos (Ministerio de Salud Pública, 2012).

En el primer nivel de atención, los EAIS deben ajustarse a las necesidades y particularidades

específicas del sistema de salud y de las comunidades a las que sirven. No existe un modelo único aplicable a todas las realidades, ya que las configuraciones deben responder al contexto social, geográfico y cultural de cada localidad. Es fundamental que los equipos operen bajo un esquema de objetivos comunes y relaciones funcionales, promoviendo el trabajo coordinado a través de la especialización funcional y la distribución equitativa de responsabilidades. Este enfoque horizontal evita la rigidez de estructuras jerárquicas y permite una atención más eficiente y efectiva, aprovechando al máximo las competencias técnicas de cada profesional (Ministerio de Salud Pública, 2024).

El sistema de salud de Ecuador establece los siguientes estándares para la composición y distribución de los EAIS:

- Áreas urbanas: un médico/a, un enfermero/a y un Técnico en Atención Primaria de Salud (TAPS) por cada 4,000 habitantes.

- Áreas rurales: un médico/a, un enfermero/a y un TAPS por cada 1,500 a 2,000 habitantes.

En este sentido, el éxito de los EAIS radica en su capacidad para:

- Adaptarse a las necesidades locales, mediante el conocimiento del perfil epidemiológico y social de la comunidad.

- Fomentar la cohesión, a través de objetivos compartidos y una comunicación efectiva entre los miembros.

- Garantizar la continuidad de la atención, ofreciendo servicios integrales, coordinados y de calidad en todos los niveles de atención.

La organización y funcionamiento eficiente de los EAIS es crucial para garantizar una atención equitativa y sostenible, promoviendo el bienestar integral de la población, especialmente en contextos de vulnerabilidad.

Figura 14

Personal de enfermería junto con TAPS y médico en un centro de salud tipo A.



Fuente: autoría propia.

Cada equipo tiene la responsabilidad de garantizar la atención integral de las familias asignadas y de cada uno de sus miembros. Esto implica el uso de la ficha familiar para registrar información, identificar riesgos y necesidades de salud, implementar planes de intervención y hacer seguimiento a los mismos. Además, se debe asegurar la continuidad de la atención a través de procesos de referencia y contrarreferencia. El equipo de atención integral de salud ampliado está conformado por profesionales seleccionados según la tipología de las unidades de salud y la cartera de servicios disponibles (Ministerio de Salud Pública, 2024).

■ *Componente de gestión del sistema nacional de salud*

El componente de gestión del sistema nacional de salud abarca los procesos administrativos y estratégicos que garantizan la provisión y organización de servicios sanitarios, buscando alcanzar los objetivos planteados dentro del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS). Este enfoque responde a los cambios estructurales impulsados por el Ministerio de Salud Pública (MSP), priorizando una gestión integrada, descentralizada, territorial y participativa, en contraste con los modelos centralizados del pasado.

La descentralización se fundamenta en la nueva división político-administrativa establecida por la Secretaría Nacional de Planificación, que tiene como propósito fortalecer la capacidad de gestión de las unidades administrativas. Este proceso incluye la transferencia de competencias y recursos, en concordancia con los lineamientos del MAIS-FC.

El modelo de gestión se orienta hacia la coordinación intersectorial para promover el desarrollo integral y el cuidado de la salud a nivel territorial, respetando la diversidad cultural y social. Esto se logra mediante la implementación de herramientas gerenciales efectivas y el respaldo de un Sistema Único de Información, que permite tomar decisiones oportunas y basadas en evidencia (Ministerio de Salud Pública, 2012).

La gestión de recursos se rige por normativas del MSP, como la Planificación Territorial de Establecimientos de Salud y el Acuerdo Ministerial de Licenciamiento. Estas normativas establecen:

- Infraestructura: planificación y estándares para la construcción de nuevas instalaciones y el mantenimiento preventivo y correctivo de las existentes.
- Equipamiento: provisión y mantenimiento de equipos médicos esenciales.
- Medicamentos: administración del cuadro básico de medicamentos y su distribución eficiente. Un sistema financiero descentralizado asegura la disponibilidad oportuna de insumos y medicamentos, ajustándose a las necesidades territoriales.

La unidad de gestión distrital asigna la población a cada establecimiento de salud considerando los siguientes criterios: tipología de la unidad de salud; proyecciones demográficas basadas en el censo de 2011 y las proyecciones del INEC, ajustadas territorialmente; accesibilidad, considerando aspectos geográficos, económicos, culturales y funcionales; equidad, priorizando el acceso equitativo a los servicios. Esta asignación se revisa periódicamente para reflejar las necesidades y cambios poblacionales.

En situaciones de emergencia, todas las unidades de salud públicas y privadas, sin importar

el nivel de atención, están obligadas a brindar asistencia inmediata a cualquier usuario. La gestión sanitaria promueve la participación activa de comunidades, instituciones y sectores, fortaleciendo la corresponsabilidad en el cuidado de la salud individual, familiar y comunitaria. Este enfoque inclusivo considera principios de género, interculturalidad y de generación, ofreciendo servicios integrales de: promoción de la salud, prevención de riesgos y problemas de salud, atención curativa, rehabilitación y cuidados paliativos.

La adecuada documentación de las necesidades y problemas de salud es fundamental para asegurar la continuidad y calidad en la atención. Los datos recopilados deben ser transferidos al nivel pertinente a través de los formularios estandarizados por la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN). En las unidades de primer nivel, la información se registra en la Historia Clínica Única o en las Fichas Familiares, garantizando su accesibilidad para la toma de decisiones tanto clínicas como de gestión (Centros para el control y la prevención de enfermedades, 2024).

■ *Componente de financiamiento del sistema nacional de salud*

El componente de financiamiento es clave para asegurar los recursos necesarios que permitan implementar iniciativas estratégicas dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS) (Ministerio de Salud Pública, 2012). Este componente abarca diversas áreas esenciales, tales como: planes estratégicos en los niveles nacional, zonal, distrital, provincial y de circuitos; proyectos de salud promovidos por organizaciones integrantes del SNS; conjunto de prestaciones de salud garantizadas; plan nacional de inversión en infraestructura y equipamiento del sector público.

El desarrollo de este componente depende de la consideración de varios factores esenciales como el aprovechamiento de recursos comunitarios, la identificación y utilización eficiente de las contribuciones de las comunidades locales. También, se cuenta con la definición de fuentes de financiamiento y determinación de las fuentes económicas, tanto públicas como privadas, la asignación de recursos, el establecimiento de criterios claros y equitativos para distribuir los recursos disponibles. Adicional, se necesitan de mecanismos de pago y la implementación de sistemas de pago eficientes que faciliten el flujo financiero dentro del sistema.

El financiamiento de los planes estratégicos y proyectos de salud proviene de los presupuestos asignados a las instituciones participantes en el SNS. En cuanto al régimen de prestaciones garantizadas y el plan nacional de inversión en infraestructura y equipamiento, los recursos son aportados principalmente por las entidades públicas, como: Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Fuerzas Armadas y Policía Nacional.

En este contexto, la distribución de recursos, entre las unidades ejecutoras se realiza tomando en cuenta: gastos históricos (análisis de datos financieros previos para identificar patrones y necesidades) y capacidad de gasto (evaluación de la eficiencia y capacidad de ejecución financiera de cada institución).

Este enfoque establece la asignación anual de recursos, permitiendo un uso más planificado y efectivo. En el contexto de la transformación democrática del estado, el financiamiento del sistema de salud forma parte de un esfuerzo mayor por rediseñar las instituciones públicas. Este rediseño prioriza: el fortalecimiento del rol regulador y planificador del gobierno; modernización de empresas

públicas y sectores estratégicos; profesionalización del servicio civil; reorganización territorial del Estado; modelo de desconcentración.

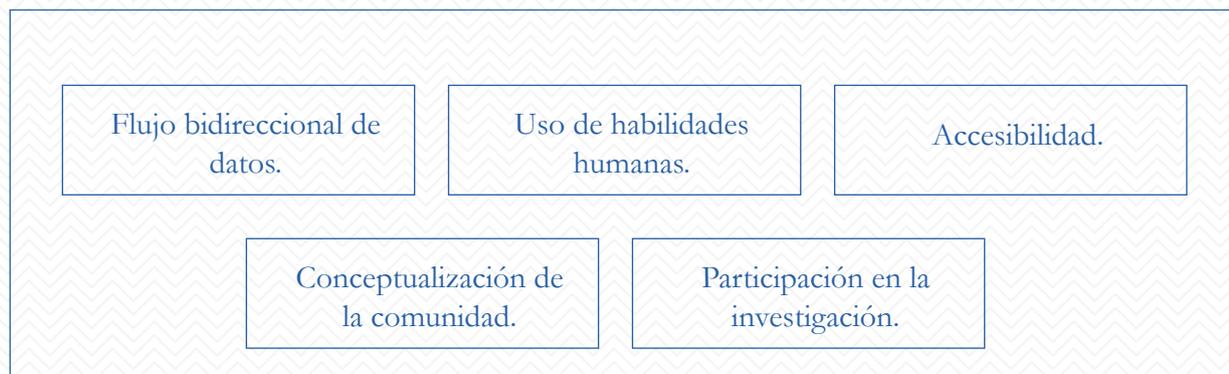
De esta manera, el Ministerio de Salud Pública se clasifica como una institución de Tipología 2, lo que implica un alto grado de desconcentración administrativa pero limitada descentralización. Este modelo permite la creación de competencias específicas en los niveles regional, distrital y local, lo que facilita la implementación de dinámicas adaptadas a las necesidades particulares de cada territorio (Ministerio de Salud Pública, 2019).

■ Epidemiología comunitaria en el Modelo de Atención Integral de Salud y en la Red Pública Integral de Salud

La epidemiología comunitaria constituye una metodología y herramienta esencial para el análisis y la transformación de realidades sociales, complementada por la activa participación de la comunidad. Su relevancia es particularmente notable en el contexto de la implementación del Modelo de Atención. Esta disciplina se distingue por varios aspectos, entre los cuales se pueden identificar los descritos en la Figura 15, donde se visualizan las características para obtener una metodología en epidemiología en el ámbito comunitario.

Figura 15

Epidemiología comunitaria.

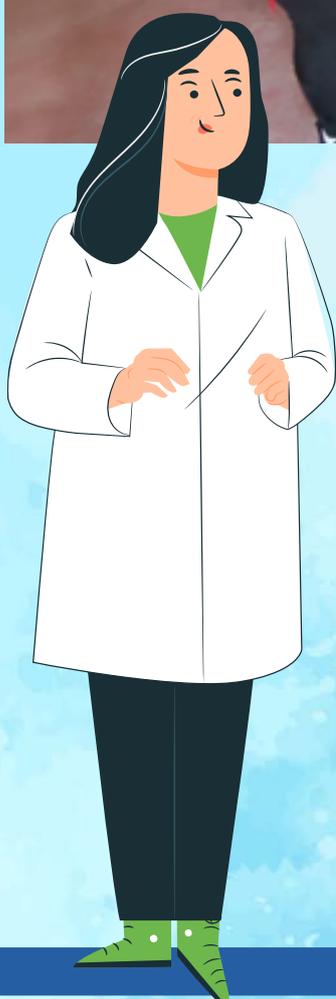


Fuente: autoría propia.

Con el fin de llevar a cabo la implementación efectiva de la epidemiología comunitaria, se han diseñado herramientas didácticas que, aunque sencillas en su forma, abarcan conceptos profundos. Es fundamental que estas herramientas sean incorporadas en las actividades de los equipos de salud y los actores comunitarios (Ministerio de Salud Pública, 2012).

CAPÍTULO IV

Promoción de la salud. Programa de vacunación MSP



Introducción

La promoción de la salud es un enfoque integral que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas mediante la prevención de enfermedades, la promoción de hábitos saludables y el fortalecimiento de la capacidad de los individuos y las comunidades para tomar decisiones informadas sobre su bienestar. En este contexto, los programas del Ministerio de Salud Pública (MSP) desempeñan un papel fundamental al desarrollar e implementar estrategias que aborden los determinantes sociales y ambientales de la salud, favoreciendo un entorno que promueva el bienestar general (Ministerio de Salud Pública, 2021).

Los programas del MSP están diseñados para responder a las necesidades de salud de la población, mediante intervenciones que van desde campañas de concienciación y educación en salud, hasta iniciativas específicas orientadas a grupos vulnerables y comunidades. Estas acciones buscan no solo reducir la incidencia de enfermedades y mejorar los resultados de salud, sino también fomentar una cultura de prevención y autocuidado.

En este capítulo, se explicarán los principales programas de promoción de la salud implementados por el MSP, destacando sus objetivos, estrategias y el impacto que han tenido en la mejora de la salud pública. A través de estas iniciativas, el MSP busca fortalecer el sistema de salud, facilitar el acceso a recursos de salud y promover un entorno que apoye el bienestar de todos los ciudadanos (Ministerio de Salud Pública, 2021).

■ Lineamientos de la campaña de vacunación y recuperación del esquema regular

La vacunación, después del acceso al agua potable, es ampliamente reconocida como la medida de salud más efectiva a nivel mundial para controlar enfermedades que pueden prevenirse mediante inmunización. Cada año, aproximadamente tres millones de personas, la mayoría niños menores de cinco años, mueren por enfermedades que podrían evitarse con vacunas. Existe la posibilidad real de erradicar enfermedades como la poliomielitis y el sarampión en los próximos años. En los países en desarrollo, se está haciendo un esfuerzo considerable para adquirir, gestionar y administrar vacunas a toda la población, con el objetivo de alcanzar coberturas adecuadas para controlar y erradicar estas enfermedades.

Por ello, es crucial que la comunidad internacional continúe dedicando recursos financieros y talento humano para demostrar los beneficios de la vacunación, reduciendo así la morbilidad y mortalidad y mejorando la calidad de vida de la población. En 2019, casi 20 millones de niños en el mundo no fueron vacunados o no completaron su esquema de vacunación. En 2020, las coberturas de vacunación mostraron variaciones significativas en diferentes regiones del mundo; aunque la mayoría las mantuvo estables. En América han experimentado un descenso desde 2010, exacerbado particularmente desde 2015. Esto se atribuye en parte a reformas que han subestimado la importancia de los programas de inmunización, reduciendo sus recursos, liderazgo y capacidad de acción (Ministerio de Salud Pública, 2015).

La aparición de la pandemia de COVID-19 ha representado un retroceso significativo en la vacunación infantil. En 2020, en la región de las Américas, hubo una disminución del 18.2% en el

número de niños que recibieron las tres dosis de la vacuna DPT3 en comparación con 2019 y un descenso del 13.9% en los que no recibieron la vacuna triple viral SRP. A pesar de estos desafíos, el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), desarrollado en la región, ha sido exitoso durante más de cuatro décadas, liderando esfuerzos globales en la erradicación, eliminación y control de varias enfermedades prevenibles por vacunación (Ministerio de Salud Pública, 2021).

Figura 16

Esquema de vacunación.

ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN			
GRUPO DE EDAD	ENFERMEDADES QUE PREVIENE LA VACUNA	VACUNA	FRECUENCIA Y EDAD DE APLICACIÓN
Menores de un año	Meningitis Tuberculosa y Tuberculosis pulmonar diseminada	BCG	Dosis única: de preferencia dentro de las 24 horas de nacido (esta vacuna puede aplicarse también hasta los 11 meses 29 días).
	Hepatitis B por transmisión vertical (madre con antecedente de HB)	HB pediátrica cero	Una dosis al Recién Nacido (en las primeras 24 horas de nacido).
	Enfermedad diarreica aguda por rotavirus	Rotavirus	1 ^{ra} dosis: a los 2 meses de edad (máximo hasta los 3 meses de edad). 2 ^{da} dosis: a los 4 meses de edad (máximo hasta los 7 meses 29 días de edad).
	Poliomielitis (Parálisis flácida aguda)	IPV (Vacuna inactivada de Polio) bOPV	1 ^{ra} dosis: a los 2 meses de edad (máximo hasta los 11 meses 29 días). 2 ^{da} dosis: a los 4 meses de edad (máximo hasta los 11 meses 29 días). Intervalo entre dosis IPV 1 IPV2 debe tener 8 semanas. 3 ^{ra} dosis: a los 6 meses de edad (máximo hasta los 11 meses 29 días).
	Difteria, tétanos, hepatitis B, neumonías y meningitis por haemophilus influenzae tipo b	PENTALENTE (DPT+HB+Hib)**	1 ^{ra} dosis: a los 2 meses de edad (máximo hasta los 11 meses 29 días). 2 ^{da} dosis: a los 4 meses de edad (máximo hasta los 11 meses 29 días). 3 ^{ra} dosis: a los 6 meses de edad (máximo hasta los 11 meses 29 días).
	Neumonías, meningitis, otitis por streptococo neumoniae	Neumococo conjugada	1 ^{ra} dosis: a los 2 meses de edad (máximo hasta los 11 meses 29 días). 2 ^{da} dosis: a los 4 meses de edad (máximo hasta los 11 meses 29 días). 3 ^{ra} dosis: a los 6 meses de edad (máximo hasta los 11 meses 29 días).
	Influenza (Gripe Estacional)	Influenza Pediátrica	1 ^{ra} dosis: de 6 a 11 meses 0 días, 2 ^{da} dosis: un mes después de la 1 ^{ra} dosis.
12 a 23 meses	Difteria, Tétanos, Tétanos	DPT	Primer Refuerzo con DPT: al 1 año de la tercera dosis de Pentalente (máximo hasta los 23 meses 29 días).
	Poliomielitis	bOPV	4 ^a dosis con bOPV: al 1 año de la tercera dosis de bOPV (máximo hasta los 23 meses 29 días).
	Sarampión, Rubéola y Parotiditis (Paperas)	SRP	1 ^{ra} dosis de SRP a los 12 meses de edad. 2 ^{da} dosis: a los 18 meses de edad; el intervalo mínimo entre dosis es de 6 meses (máximo hasta los 23 meses 29 días).
	Fiebre Amarilla	FA	Dosis única a los 12 meses de edad (máximo hasta 23 meses 29 días).
	Varicela	Varicela	Dosis única a los 15 meses de edad (máximo hasta 23 meses 29 días).
	Influenza (Gripe Estacional)	Influenza Pediátrica	1 dosis: entre 12 y 23 meses de edad (dosificación de acuerdo a esta edad).
24 a 59 meses	Influenza (Gripe Estacional)	Influenza Pediátrica	1 dosis: entre 24 y 35 meses de edad (dosificación de acuerdo a esta edad). 1 dosis: entre 36 y 59 meses de edad (dosificación de acuerdo a esta edad).
5 - 15 años	Difteria, Tétanos, Tétanos	DPT (5 años)	5 ^a dosis con toxoide diftérico, pertusis y tétanos. 2 ^{da} dosis de refuerzo DPT (máximo hasta los 5 años 11 meses 29 días).
	Poliomielitis	bOPV	5 ^a dosis con bOPV. Segundo Refuerzo bOPV (máximo hasta 5 años 11 meses 29 días).
	Cáncer cérvico uterino por virus del papiloma humano	HPV (9 años)	1 ^{ra} dosis: al primer contacto sexual de 9 años. 2 ^{da} dosis: a los 9 meses de la primera dosis (máximo hasta los 10 años 6 meses 0 días).
	Difteria y tétanos	dT (15 años de edad)	6 ^a dosis: a los 15 años de edad con toxoide diftérico y tétánico para adulto (verificar carné y debe tener antecedente de 3 dosis con pentalente, 4 dosis o primer refuerzo con DPT, 5 dosis o segundo refuerzo con DPT) - (máximo hasta 15 años 11 meses 29 días).
Adultos	Difteria y Tétanos (Mujeres en edad fértil, embarazadas y hombres)	dT (Toxoide Tétánico y Diftérico adulto) de 16 a 49 años	Completar esquema según historia vacunal; si no existiera antecedente vacunal proceder a iniciar el esquema: 1 ^{ra} dosis: al primer contacto; 2 ^{da} dosis: al mes de la 1 ^{ra} dosis; 3 ^{ra} dosis: a los 6 meses de la 2 ^{da} dosis; 4 ^a dosis: al año de la 3 ^{ra} dosis; 5 ^a dosis: al año de la 4 ^a dosis.
	Influenza (Gripe estacional)	Influenza Estacional (Gripes de Riesgo)	Embarazadas, pacientes puérperas, personal de Salud, personas con discapacidad, personas privadas de libertad, enfermos crónicos de 5 a 64 años, adulto mayor (65 años y más).
	Fiebre amarilla	Vacuna Antiamarilla (FA)	1. Viajeros internacionales o nacionales, que acuden a lugares endémicos con riesgo de transmisión de FA (DOSIS ÚNICA) siempre y cuando no tenga antecedente vacunal. 2. Personas que habitan en zonas de riesgo de transmisión de FA (DOSIS ÚNICA).
	Hepatitis B	HB (adultos)	3. Personas privadas de libertad 2. Personal de salud 3. Trabajadores/as sexuales y otros grupos de riesgo. Administrar 3 dosis conservando los intervalos de 0, 1 mes, 6 meses. Si tienen esquema incompleto (verificando carné de vacunación) continuar con la dosis respectiva, no iniciar el esquema.

** Ante reacción anafiláctica de componente pertusis de la DPT, utilizar DT (pediatría) o HB.
En esquema atenuado siempre y cuando no tenga riesgo reacción alérgica, a los componentes de la vacuna pentalente aplicar DPT+HB conforme al calendario.
Pentalente (DPT+HB+HB)

Fuente: imagen tomada de Quito informa (2022). <https://bit.ly/4kAfSXr>

Desde su inicio en 1977, el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) ha ampliado significativamente el número de vacunas en los esquemas nacionales, promoviendo una mayor protección para la población. Aunque la mayoría de los países de América han logrado incorporar nuevas vacunas en sus programas regulares, algunos como Ecuador, han experimentado disminuciones en las coberturas de vacunación. Por ejemplo, en 2020 las coberturas para la vacuna DPT3 fueron inferiores al 75%.

A esto, se le suman el impacto de la pandemia de COVID-19. A nivel global, se priorizó desde el año 2020, los esfuerzos continuos para contener el virus, vacunar a la población y lograr la recuperación económica y social (Ministerio de Salud Pública, 2021).

■ Conservación y manejo de las vacunas y otros biológicos

La conservación y manejo adecuado de las vacunas y otros biológicos en el país se estructura en una cadena de frío compuesta por cuatro niveles operativos. Esta infraestructura garantiza que los inmunobiológicos lleguen en óptimas condiciones hasta su destino final: la población objetivo (Ministerio de Salud Pública, 2021).

Nivel central. El nivel central está constituido por el Banco Nacional de Vacunas que cuenta con modernas instalaciones equipadas con: cámaras de congelación para gel packs, refrigeradores que mantienen las vacunas a temperaturas entre 2 y 7 °C y ultracongeladores diseñados para almacenar biológicos y medicamentos a temperaturas extremas, en rangos de -25 °C a -80 °C. Este nivel tiene la capacidad de almacenar inmunobiológicos hasta por 18 meses, garantizando un suministro seguro y continuo para todo el país.

Nivel zonal. El nivel zonal está compuesto por los almacenes zonales de biológicos, ubicados en las sedes de las nueve zonas de salud del país. Estos almacenes están equipados con: cámaras de congelación y refrigeración con capacidad para conservar inmunobiológicos por un período de tres meses. El objetivo principal de este nivel es abastecer a los distritos de salud según sus necesidades.

Nivel distrital. El nivel distrital opera en áreas con mayor concentración poblacional, gestionando la red de servicios de salud de varias parroquias de un cantón o provincia. Este nivel cuenta con: equipos frigoríficos de congelación y refrigeración para almacenar inmunobiológicos por un máximo de dos meses; cajas frías y termos destinados al transporte de biológicos hacia los niveles locales y para actividades de vacunación extramuros.

Nivel local. En el nivel local, conformado por la red de servicios de salud, se encuentran: refrigeradores con capacidad para almacenar inmunobiológicos por un período de un mes y termos de transporte utilizados durante las actividades de vacunación extramural, realizadas por el personal comunitario de salud.

■ Red de transporte y control de temperatura

Los cuatro niveles están interconectados a través de una red de transporte segura que asegura la circulación de los inmunobiológicos de la Estrategia Nacional de Inmunizaciones (ENI). Esta red asegura la entrega de biológicos a los grupos objetivo que son: niños menores de seis años, niñas de 9 años, adolescentes de 15 años y grupos en riesgo.

Se realiza un control estricto de temperatura en cada etapa del proceso: transporte, almacenamiento y conservación. Esto garantiza que los biológicos mantengan su eficacia y calidad, desde el nivel central hasta su aplicación en la población objetivo. Esta robusta estructura de la cadena de frío es esencial para garantizar el éxito de las estrategias de inmunización y la protección de la salud pública.

Figura 17

Equipo de cadena de frío.



Nota. La imagen representa a miembros del Ministerio de Salud Pública, junto a la representante de UNICEF, Luz Ángela Melo, en la entrega de la donación de equipos de cadena de frío que permitió la correcta conservación, almacenamiento y transporte de vacunas en varias provincias del país.
Fuente: autoría propia.

■ Elementos fundamentales de la cadena de frío

La cadena de frío es un sistema esencial para garantizar la calidad y eficacia de los inmunobiológicos a lo largo de todo su proceso de almacenamiento, transporte y aplicación. Los elementos fundamentales que componen esta cadena son:

Recursos humanos. Incluyen a todo el personal que participa de forma directa o indirecta en las actividades relacionadas con la manipulación, transporte, distribución y aplicación de los inmunobiológicos. Además, se encargan de supervisar los equipos frigoríficos para garantizar que cumplan con los requisitos establecidos.

Recursos materiales. Estos recursos abarcan los equipos frigoríficos indispensables para mantener la temperatura adecuada en cada etapa del proceso, tales como: cámaras de refrigeración y congelación; ultracongeladores, refrigeradores, cajas frías y termos; paquetes de hielo y termómetros.

Recursos financieros. Se destinan a asegurar la operación continua de los recursos humanos y materiales, así como al mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de la cadena de frío. Esto garantiza su adecuado funcionamiento y, por ende, la calidad de los biológicos.

■ Equipo de la cadena de frío y cámaras frías (cuarto frío)

Cámaras frías. Ubicadas en el Banco Nacional de Vacunas y en los bancos zonales, son equipos diseñados para el almacenamiento masivo de inmunobiológicos. Según su funcionalidad, se dividen en:

- Cámaras de congelación: mantienen temperaturas entre -15°C y -25°C y los ultracongeladores operan entre -25°C y -80°C .
- Cámaras de refrigeración: conservan los biológicos a temperaturas entre $+2^{\circ}\text{C}$ y $+7^{\circ}\text{C}$.

Vehículos termo. Son vehículos equipados con unidades de refrigeración que mantienen la temperatura adecuada durante el transporte de inmunobiológicos desde el aeropuerto al Banco Nacional de Vacunas. Actualmente, no existen vehículos termo para la distribución hacia las zonas de salud, lo que representa un desafío logístico importante.

Refrigeradores. Son fundamentales en los niveles operativos, especialmente en aquellos con limitaciones logísticas. Su correcto mantenimiento asegura la preservación de los inmunobiológicos de la Estrategia Nacional de Inmunizaciones (ENI) (Ministerio de Salud Pública, 2021)

■ Plan estratégico nacional para la prevención y control de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT)

Las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) son una prioridad de salud pública a nivel global, debido a su elevada incidencia y su impacto social y económico. Estas enfermedades afectan de manera desproporcionada a las poblaciones más vulnerables, limitando su calidad de vida y reduciendo su productividad (Ministerio de Salud Pública, 2021). En Ecuador, los principales factores de riesgo asociados a las ECNT incluyen:

- Estilos de vida no saludables: sedentarismo, mala alimentación, consumo excesivo de sal, azúcar, grasas trans, tabaco y alcohol.
- Determinantes sociales como pobreza, bajo nivel educativo y urbanización acelerada.

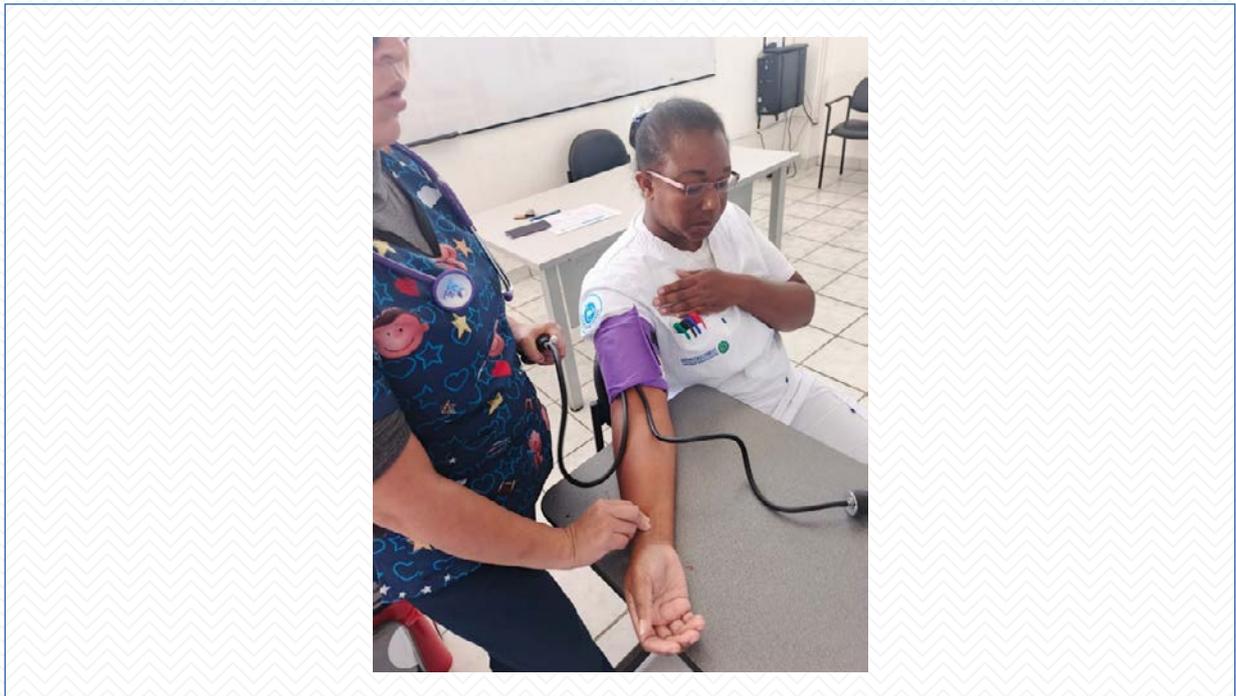
Se estima que 6 de cada 10 personas fallecen por ECNT, siendo las enfermedades cardiovasculares responsables de la mayoría de estas muertes. En 2012, el 68% de las muertes globales (38 millones) se atribuyeron a ECNT, con dos tercios de ellas ocurridas en países de ingresos bajos y medianos (Centros para el control y la prevención de enfermedades, 2024).

En este contexto, las ECNT principales, como enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas, pueden prevenirse con medidas dirigidas a reducir el consumo de tabaco, promover dietas saludables, aumentar la actividad física y limitar el consumo nocivo de alcohol.

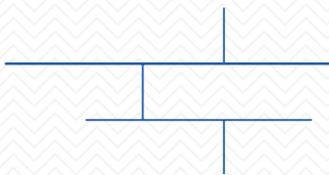
La adopción de un enfoque multisectorial es crucial para implementar estrategias de promoción de la salud y prevención de riesgos, asegurando un impacto positivo en la calidad de vida de las personas y en el desarrollo sostenible de las comunidades (Centros para el control y la prevención de enfermedades, 2024).

Figura 18

Toma de tensión arterial en un centro de salud tipo A en Tambillo, Ecuador.



Nota. autoría propia.



Referencias

Almeida, S. (2018). *Salud comunitaria: Enfoques y prácticas*. Médica Panamericana.

Carbonetti, M., Brunazzo, F., & Suchowolski, E. (2016). *Salud Comunitaria*. Córdoba. <http://saludcomunitaria.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2012/06/Manual-Salud-Comunitaria-1-2016.pdf>

Centros para el control y la prevención de enfermedades. (2024). *Guía de salud comunitaria para el manejo de enfermedades crónicas*. www.cdc.gov/community-health-guide

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2021). *Estadísticas de Salud en Ecuador 2020*. www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios-2020

Martínez, R., & Ramón, J. (2014). *Manual práctico de Enfermería Comunitaria*. www.bibliotecas.upse.edu.ec/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=18149

Ministerio de Salud Pública. (2017). *Diabetes mellitus tipo 2*. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/Diabetes-mellitus_GPC.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2019). *Educación comunicación para la promoción de la salud*. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/12/manual_de_educación_y_comunicación_para_promoción_de_la_salud0254090001575057231.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2021). *Lineamiento de campaña de vacunación recuperación de esquema*. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/04/Lineamiento_plan_recuperacion_de_vacunacion_version_30_09_2021-signed-signed-signed.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2011). *Plan estratégico nacional para la prevención y control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles ECNT*. https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/EQU_B3_plan_estrategico_nacional_msp_final.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2012). *Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud*. https://www.hgdc.gob.ec/images/DocumentosInstitucionales/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2015). *Lineamientos implementación del modelo de atención integral de salud*. <https://enlace.17d07.mspz9.gob.ec/biblioteca/juri/LEGSALUD/LINEAMIENTOS%20IMPLEMENTACION%20DEL%20MODELO%20DE%20ATENCION%20INTEGRAL%20DE%20SALUD.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (2016). *Guía de salud mental comunitaria*. <https://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Guia%20de%20Salud%20Comunitaria.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (2018). *Atención Integral en Salud en Contextos Educativos (MAIS-CE)*. <https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2019/02/Manual-MAIS-CE.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (2021). *Guía de Procedimientos para el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de cadena de frío*. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/04/Rev_19-08-2021_guia_procedimientos_mantenimiento_preventivo_y_correctivo-signed-signed.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2023). *Estrategias de salud comunitaria: Manual de implementación*. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2023/06/Manual_Agenda_Digital_2023_Seg.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2024). *Actualización en políticas de salud comunitaria*. <https://www.salud.gob.ec/politicas-comunitarias>

Moreno, M. (2020). *Definición y clasificación de la obesidad (Vol. 23)*. Condes. <https://www.salud.gob.ec/politicas-comunitarias>

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Informe Mundial sobre Salud Mental*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565714>

Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Guía para la promoción de la salud en la comunidad*. <https://www.paho.org/es/documentos/guia-promocion-salud-comunidad>

Sánchez, M., & Martínez, J. (2020). *Modelos de intervención en salud comunitaria en América Latina (Vol. 22)*. Revista de Salud Pública. doi: 10.1016/j.rsp.2020.04.007



ISBN: 978-9942-676-97-9



Matriz La Magdalena: Calle Jambelí Oe3-158 y La Unión.
Campus Eloy Alfaro: José Barreiro y Av. Eloy Alfaro N52-85, Sector Solca.
Campus Calderón: Calle Los Cipreses N6-99 y Giovanni Calles.
Campus Pifo: Ignacio Fernández Salvador Oe2-439 y Pasaje Baldeón.
Sede Santa Elena: La Libertad, barrio 25 de Septiembre, Av. 25 y calle 28.
Sede Guayaquil: Calle 6 de Marzo y Rosendo Avilés, Barrio del Centenario.

www.tecnoecuatoriano.edu.ec

