

**Ministerio de Salud Pública  
Organización Panamericana de la Salud  
Agencia de Cooperación Internacional de Corea**

**PROYECTO FORTALECIMIENTO DE LA ATENCION  
PRIMARIA**

**COMPONENTE DE PROMOCION DE SALUD**

**INFORME DE FIN DEL PRIMER AÑO**

Versión preliminar preparada para la reunión de cierre de las actividades del primer año del Proyecto. La versión final incluirá las conclusiones y aportes de los distintos actores durante la reunión y de otras instancias de revisión con el Ministerio de Salud Pública, la Agencia Coreana de Cooperación Internacional y la Organización Panamericana de la Salud.

Durán, diciembre de 2015



## CONTENIDO

1	Antecedente y Justificación .....	4
1.1	El componente de promoción de salud y el MAIS .....	5
1.2	Determinación social de la salud. Consideraciones generales sobre Durán y El Recreo.....	7
2	Objetivos y Plan de Acción .....	8
2.1	Objetivo .....	8
2.2	Resultados esperados .....	8
3	EJES TEMATICOS.....	8
4	ENFOQUES ESTRATÉGICOS.....	11
4.1	Diagnóstico de situación / caracterización del problema, actores, oportunidades.	12
4.2	Diseño y adaptación de intervenciones o estrategias.....	13
4.2.1	Intervenciones claves y opciones de política basadas en evidencia .....	13
4.2.2	Implementación en el territorio de políticas públicas reglamentadas a nivel nacional	14
4.2.3	Intervenciones poblacionales más intervenciones individuales con enfoque de riesgo	14
4.2.4	Intervenciones con enfoque de curso de vida.....	15
4.3	Desarrollo de capacidades .....	15
5	Informe por actividades y resultados.....	17
5.1	Según resultados esperados .....	17
5.1.1	Resultado esperado 1.....	17
5.1.2	Resultado esperado 2.....	29
5.2	Según líneas temáticas .....	32
5.2.1	Promoción de la alimentación saludable y actividad física en familias con niños y adolescentes escolarizados.....	34
5.2.2	Cambios en estilos de vida para la prevención de las ENT y sus complicaciones .....	38
5.2.3	Mejoras en la atención de las ENT por los servicios de salud .....	42
5.2.4	Mobilización social para la prevención del dengue y el chikungunya .....	48
5.2.5	Control de tuberculosis con participación comunitaria y enfoque intersectorial	52
6	Lecciones aprendidas /conclusiones preliminares .....	56

# 1 ANTECEDENTE Y JUSTIFICACIÓN

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador es la entidad nacional rectora que, a través de la provisión de servicios de atención individual, prevención de enfermedades, promoción de la salud, investigación y desarrollo de la ciencia y tecnología, articulando el aporte de los actores de salud, garantiza el derecho humano de la población a la salud

En cumplimiento de su misión, el Ministerio de Salud Pública, impulsa relaciones de cooperación que contribuyan al mejor cumplimiento de sus objetivos en lugares y tiempos específicos. Es así como el MSP, junto con la Agencia de Cooperación Internacional de Corea, KOICA, decidieron llevar adelante el proyecto “FORTALECIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION”, que considera la construcción de un Centro de Salud, en el Distrito Durán 09D24, Zona 8 Salud. El proyecto incluyó un componente de educación para la salud con la población beneficiaria del Centro de Salud a construirse. La implementación del proyecto debía estar a cargo de una institución experta en salud pública.

En esta situación, KOICA solicitó a la Representación de la Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS en Ecuador, la elaboración de una propuesta de Programa de Educación para Durán. Para lograrlo, se realizaron varias sesiones de trabajo conjuntas, con directivos y técnicos del MSP, nivel central, Zona 8, con sede en Guayaquil, del Distrito 09D24 Durán y líderes de la comunidad. Además, se visitó el Centro de Salud “El Recreo”, para obtener información sobre la situación de salud de la población y los programas en marcha, así como para dialogar sobre el Proyecto.

El MSP, KOICA y OPS coincidieron en la importancia y necesidad de ejecutar el Programa de Educación con la comunidad para que la inversión en infraestructura sea sostenible. Se vio necesario combinarla con el fortalecimiento de las capacidades del personal de salud del primer nivel de atención de los centros de salud de El Recreo, Recreo 1 y Recreo 2.

Así, se concuerda en gestionar un proceso de Promoción de la Salud en este territorio, aplicando la política nacional del MSP, expresa en el Modelo de Atención Integral de Salud del MSP, alineado a las funciones, cartera de servicios y productos definidos en el Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública (octubre de 2013), para Promoción de Salud en el Primer Nivel de Atención.

Se identificó que el propósito del componente de Promoción de Salud del Proyecto, sería contribuir a mejorar las condiciones de vida de la población de El Recreo, contando con personal de salud, individuos y organizaciones conscientes y activas frente a los determinantes sociales y los riesgos para la salud colectiva.

El Componente Promoción de Salud, que implementa OPS/OMS, a partir de 2015, se dirige a fortalecer la capacidad del personal del primer nivel de atención y de la comunidad organizada en el Circuito “El Recreo”, del Distrito Durán, para gestionar el proceso de Promoción de la Salud y un programa de educación dirigido a la población. Se previeron

dos fases, la primera para 2015 y la segunda, para 2016 – 2017, con resultados específicos en cada una, pero sobre todo, articuladas en una única noción de fortalecer la promoción desde y con los servicios públicos de atención de salud.

## 1.1 El componente de promoción de salud y el MAIS

*“El fortalecimiento del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural, (MAIS-FC) incorporando la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R), es uno de los ejes prioritarios del proceso de transformación del sector salud, su organización e implementación debe responder a las nuevas demandas y necesidades de salud del país que devienen de los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico.” (MAIS, MSP Ecuador)*

El Ministerio de Salud Pública ha definido el Modelo de Atención Integral de Salud, **MAIS**, con enfoque Familiar y Comunitario Integral, el que incluye la *Promoción de Salud* como una prestación transversal de la programación de los equipos de salud, especialmente en el Primer Nivel, en los ámbitos intramural y extramural.

De acuerdo con el MAIS, “el Primer Nivel de atención, debe cubrir a toda la población, debe resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes de la comunidad. Los servicios darán atención integral dirigida a la familia, individuo y comunidad, enfatizando en la promoción y prevención. Estas actividades serán intra y extramurales”.

Cada equipo profesional de los centros de salud del Primer Nivel de Atención es responsable de entregar una atención con los más altos estándares de calidad y excelencia técnica; son la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud, y sus prestaciones están articuladas para garantizar la continuidad de la atención. Los equipos de cada centro de salud deben actuar sobre los problemas de salud y sus determinantes para contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población. En el primer nivel se deben resolver el 80% de las necesidades de salud de la población y a través del sistema de referencia-contrarreferencia se garantiza el acceso a unidades y servicios de mayor complejidad.

El MAIS ha previsto que, para cumplir con este alto perfil de desempeño de los equipos de primer nivel, orientado a mejorar la vida de la población y la transformación del sistema de salud, se constituyan cumpliendo **condiciones básicas necesarias**: el MSP, en cada Distrito, debe conformar y designar los Equipos de Atención Integral de Salud (E AIS), de acuerdo a criterios territorial y demográfico, “*estarán constituidos por: médico/a general o especialista en medicina familiar y comunitaria; enfermero/a y técnico de atención primaria de salud de acuerdo a los siguientes estándares:*

- *A nivel urbano: 1 médico/a y 1 enfermera/a y 1 TAPS por cada 4000 habitantes.*
- *A nivel rural: 1 médico/a y 1 enfermera/a y 1 TAPS por cada 1500 a 2500 habitantes”.* (MSP)

Por lo tanto, de acuerdo con el MAIS, una unidad operativa puede tener varios Equipos de Atención Integral de Salud, EAIS; la cartera de servicios debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, atención curativa, rehabilitadora y paliativa y apoyo para el autocuidado. La prestación de servicios debe ser centrada en la persona, la familia y la comunidad e incorporar el enfoque de derechos, de género, intercultural e intergeneracional.

El MAIS identifica que se debe tender al fortalecimiento de las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades con enfoque intersectorial. Priorizar las intervenciones en problemas de salud y muertes evitables, en los grupos poblacionales en situación de riesgo y/o vulnerabilidad, considerando las barreras de acceso económicas, geográficas y culturales.

Así también, el MAIS propone facilitar la participación de la comunidad y grupos organizados en la planificación, ejecución y control de las actividades de salud. Incorporar la Salud Mental Comunitaria en el desarrollo de los planes locales, así como en la organización de los servicios de salud. Mejorar la capacidad resolutoria del equipo de salud, a través del fortalecimiento y desarrollo de nuevas destrezas y habilidades.

Los equipos de atención integral de primer nivel brindarán su atención bajo dos modalidades: Atención extramural o comunitaria; atención intramural o en el establecimiento. Las actividades de organización comunitaria de la zona de cobertura para identificar, planificar y trabajar sobre los problemas y necesidades prioritarios de la población: identificación y mapeo de actores; formación y/o fortalecimiento de organizaciones locales de salud; diagnóstico situacional participativo e intervenciones sobre los problemas y necesidades de salud.

El diagnóstico integral de la salud de individuos y familias, identificación oportuna de riesgos biológicos, psicológicos, sociales, ambientales e implementación de planes de atención, se desarrollan a través de visitas domiciliarias programadas mensualmente dentro del cronograma de actividades de la unidad operativa y de los EAIS.

#### Actividades sistemáticas de promoción

- Actividades de promoción de espacios y estilos de vida saludables. Identificar y potenciar factores y condiciones protectoras de la salud
- Coordinación y participación intersectorial para intervenir sobre los determinantes de la salud y contribuir a la formulación e implementación de los planes de desarrollo territorial

La distribución de estos frentes de trabajo, está normada de la siguiente forma:

Profesional	Unidades Urbanas		Unidades Rurales	
	Intramural	Extramural	Intramural	Extramural
<b>Médico</b>	70%	30%	50%	50%
<b>Psicólogo</b>	50%	50%	30%	70%
<b>Enfermera</b>	50%	50%	40%	60%
<b>Odontólogo</b>	80%	20%	30%	70%

<b>Obstetriz</b>	80%	20%	30%	70%
<b>Tecnólogo-a de Atención Primaria de Salud, TAPS</b>	10%	90%	30%	90%

*“Todo el personal de primer nivel de atención debe planificar y realizar actividades extramurales en función a las necesidades de la población. Las actividades extramurales serán planificadas mensualmente y formarán parte del cronograma general de actividades de la unidad operativa, identificando las responsabilidades y tiempos de cada miembro del equipo. LA UNIDAD OPERATIVA NO SE CIERRA NUNCA.” (MSP, MAIS)*

El desafío del Proyecto MSP-KOICA-OPS, es aplicar el modelo de atención en las condiciones, circunstancias y potencialidades de la red de salud pública del Distrito Durán.

## **1.2 Determinación social de la salud. Consideraciones generales sobre Durán y El Recreo.**

Durán es parte de la provincia del Guayas, ubicado a orillas de los ríos Babahoyo y Guayas, frente a la ciudad de Guayaquil, de la cual le separa el puente de la Unidad Nacional. La población del cantón es de 278.296 habitantes (INEC; Proyecciones 2015) y la densidad poblacional es de 840,27 habitantes/km<sup>2</sup>, la más alta de la provincia de Guayas.

El cantón se caracteriza por la diversidad de estratos sociales en su geografía, las cuales se asientan en conglomerados de estilo diferente. En el centro histórico de Durán, desde el terminal del tren hacia los malecones a orillas del Guayas, se observa una arquitectura de ciudad de mediados del siglo pasado, con calles y parques. En la zona que se extiende desde el malecón del río Babahoyo, la urbanización tiene mayor modernidad pero construida con nociones de uso intenso del suelo y menos estética. Esta tendencia caracteriza al resto de Durán, lo marca y sigue al paso de decenas de asentamientos emergentes o “invasiones” que, aparecen en desorden y sin ninguna planificación. Recién la actual administración municipal ha puesto énfasis en el ordenamiento del suelo y freno a las invasiones. Otro aspecto a considerar en el crecimiento urbano de Durán, es el traslado de empresas e industrias desde Guayaquil hasta dicho Cantón.

Durán se explica con el crecimiento de Guayaquil, crece a su sombra y es parte de su historia. La ciudad grande ofrece la esperanza de empleo, de lunes a sábado, aunque la vivienda y la salubridad no sean exactamente las mejores.

Durán es un cantón que ha crecido de forma permanente, surgiendo desde una multitud de asentamientos humanos no planificados y no reconocidos desde la institucionalidad. Muchos de estos asentamientos son producto de traficantes que lucraron con la venta de solares que, mientras más y más pequeños, significan mayor ganancia para sus promotores. El actual gobierno municipal ha puesto en marcha una serie de medidas que frenen esta dinámica de arbitrario y conflictivo crecimiento urbano, única forma de resolver las grandes brechas de dotación de servicios básicos.

En la década de los años noventa, se impulsó el asentamiento “El Recreo”, que motivó a miles de personas que vivían en Guayaquil a desplazarse hacia Durán en busca de un terreno y vivienda económica El Recreo, lugar específico del Proyecto. Esta zona, con su propia historia urbanística, reitera el modelo intensivo de uso del suelo: levantar la mayor cantidad de viviendas en el menor espacio posible. Los espacios verdes y mobiliario público son más bien escasos y poco mantenidos. Sin embargo, en su periferia, miles de inmigrantes desde otras provincias, ocupan precarias viviendas sin servicios básicos, en suelos inundables, aledaños a plantas industriales, fábricas o grandes bodegas. La población tiene altos índices de necesidades básicas insatisfechas, aunque llena de ilusión en mejorar la vida.

## **2 OBJETIVOS Y PLAN DE ACCIÓN**

### **2.1 Objetivo**

Fortalecer la capacidad del personal del primer nivel de atención y de la comunidad organizada en el Circuito “El Recreo” del Distrito Durán para gestionar el proceso de Promoción de la Salud incluyendo un programa de educación dirigido a la población

### **2.2 Resultados esperados**

#### **Resultado esperado 1**

Incrementada la capacidad de los recursos del primer nivel de atención para identificar los determinantes sociales, fortalecer los espacios de participación ciudadana formulando conjuntamente planes y propuestas de intervenciones para el bienestar colectivo con la participación de los GAD y otros sectores.

#### **Resultado esperado 2**

Ejecutado programa de educación y comunicación dirigida a individuos, familias y comunidad para promover cambios de hábitos y estilos de vida en relación a los problemas que generan mayor carga de enfermedad, en coordinación con las correspondientes instancias del Circuito.

El **Plan de Acción 2015**, correspondiente a estos resultados, aprobado por el MSP, consta como Anexo, al final de este documento.

## **3 EJES TEMATICOS**

El proyecto de promoción de la salud en Durán, identificó tres líneas de salud pública:



- i) enfermedades crónicas, con énfasis en diabetes y factores de riesgo comportamentales relacionados;
- ii) el control de la tuberculosis, y
- iii) la prevención del dengue y el chikungunya.

Estos temas se priorizan debido a la elevada mortalidad y morbilidad asociada con las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), la gran afectación que significa el dengue y la necesidad de atender, las brechas existentes en el control de la tuberculosis. Las acciones deben responder a los dos Resultados Esperados: incremento de las capacidades en el primer nivel de atención y educación y comunicación con la comunidad.

La construcción conceptual para gestionar el proceso de promoción de la salud incluyó tres tipos de actores: servicios de salud, comunidad e instituciones. Además, se definió cinco ejes temáticos de abordaje a los problemas de salud seleccionados:

- Promoción de la alimentación saludable y actividad física en familias con niños y adolescentes escolarizados
- Cambios en estilos de vida para la prevención de las ENT y sus complicaciones
- Mejoras en la atención de las ENT por los servicios de salud
- Movilización social para la prevención del dengue y el chikungunya
- Control de tuberculosis con participación comunitaria y enfoque intersectorial

La promoción de estilos de vida saludables combina intervenciones preventivas poblacionales, con intervenciones individuales con enfoque de riesgo, en conjunto, cubren a una porción importante de la población.

El mejoramiento de la atención de las ENT por los servicios de salud, aunque no es directamente parte de la promoción de la salud, es una prioridad por las importantes brechas identificadas y la necesidad de consolidar un modelo integral y coherente de atención, sobre las que se asientan con posibilidades de adecuada articulación, las acciones de promoción de la salud.

### **Promoción de salud con niños y adolescentes escolarizados y sus familias**

El proyecto concibe las escuelas como un ámbito privilegiado para la promoción de hábitos de vida y además, a través de las familias de los estudiantes y docentes, encuentra una ventana para el trabajo con población general.

La población escolarizada, sus familias, docentes y comunidad educativa, en El Recreo, se seleccionó como población objeto de acciones dirigidas a generar estilos de vida activos y promover la alimentación saludable.

Esta concepción, incluye temas como consumo de agua segura en las escuelas, factor clave para reducir el consumo de bebidas azucaradas y acciones para controlar la infestación de criaderos del mosquito del dengue.

### **Cambios en estilos de vida para la prevención de las ENT y sus complicaciones**

Un conjunto de intervenciones individuales con enfoque de riesgo, complementadas con intervenciones poblacionales, comenzaron a diseñarse y ejecutarse durante la primera fase del proyecto.

La población beneficiaria en primera instancia fueron los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes e hipertensión) o con factores de riesgo. La línea de acción siempre beneficia a sus familias, como una primera aproximación a la población general.

### **Mejoras en la atención de las ENT por los servicios de salud**

Fortalecimiento de capacidades de personal de salud en atención de las enfermedades crónicas no transmisibles es un objetivo del proyecto y se lo aborda integralmente, impulsando el modelo de atención de las ENT, con un énfasis en procesos de atención, parte clave de las acciones de promoción. El Modelo de Cuidados Crónicos (MCC), promovido por la OPS/OMS se adoptó como referencia para mejorar la atención de las ENT. La población beneficiaria son, en primera instancia, pacientes con enfermedades crónicas (énfasis en diabetes) y personal de salud involucrado en su manejo.

### **Movilización social para la prevención del dengue, el chikungunya y el Zika**

Esta línea de acción adquiere mayor relevancia, durante 2015, ante el riesgo de brotes de Chikungunya y Zika, en Durán. Es una estrategia de participación comunitaria, basada en acciones de comunicación para cambio de comportamiento (COMBI) para el control de criaderos domésticos de *aedes aegypti*. El aspecto innovador está en dirigir todos los esfuerzos al control del criadero que determina la mayor producción de mosquitos: los tanques bajos de reserva de agua en los domicilios.

### **Control de tuberculosis con participación comunitaria y enfoque intersectorial**

El aporte principal de esta línea, con predominio inevitable de elementos de detección y manejo de casos, al proceso de promoción de la salud en Durán, radica en la necesidad de abordar el problema de la tuberculosis desde los determinantes y la respuesta integral de la sociedad. En esta primera fase (2015) la principal contribución al proceso consistió en el involucramiento de la comunidad (ex pacientes de TB) en el soporte a casos en riesgo de abandono y en capacitación a personal de salud y grupos de pacientes.

#### **Resumen:**

Dos Resultados Esperados:

- RE1: incrementadas capacidades en el primer nivel de atención
- RE2: programa de educación y comunicación a la comunidad.

Tres problemas de salud priorizados al inicio del proyecto

- Diabetes (ENT)
- Tuberculosis
- Dengue

#### **Cinco líneas de acción (estrategias) para abordarlos**

- Promoción de la alimentación saludable y actividad física en familias con niños y adolescentes escolarizados
- Cambios en estilos de vida para la prevención de las ENT y sus complicaciones
- Mejoras en la atención de las ENT por los servicios de salud
- Movilización social para la prevención del dengue y el chikungunya
- Control de tuberculosis con participación comunitaria y enfoque intersectorial

## **4 ENFOQUES ESTRATÉGICOS**

Desde la formulación del proyecto, el enfoque se dirige a desarrollar capacidades para la promoción de la salud en tres actores claves a nivel local:

i) servicios de salud

ii) comunidad

iii) otros actores, tales como gobierno municipal, universidades, organizaciones sociales no gubernamentales.

Se busca la generación de procesos articuladores hacia un desarrollo integral de la promoción de la salud. El marco estratégico de trabajo de OPS/OMS en promoción de la salud y en temáticas específicas como la prevención de las ENT, establecen la necesidad de incorporar otros elementos para guiar las acciones, los cuales responden a su vez al Modelo de Atención en Salud (MAIS). Desde un comienzo se destacan tres elementos claves para el desarrollo del Proyecto:

- El Proyecto fomenta el involucramiento de diferentes actores locales, de acuerdo con el marco conceptual del MAIS.
- El Proyecto articula actores de los tres niveles de gestión del MSP: distrito, zona y nivel central. Además, aporta al ámbito central para consolidar políticas públicas.
- El Proyecto complementa al proyecto que KOICA en Durán, para construcción de infraestructura en salud, reconociendo que la incorporación de nuevos procesos en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, requieren de disponer de una adecuada infraestructura sanitaria.

El componente de Promoción de la salud dentro del proyecto de cooperación de KOICA, en Durán, fue originalmente concebido como un proyecto de dos años, por lo cual el enfoque en 2015, se concentra en tres pasos iniciales del proceso:

**i) el diagnóstico de situación y caracterización del problema**

**ii) el diseño de intervenciones o estrategias, y**

**iii) desarrollo de capacidades para su implementación.**

En los años subsiguientes, el proceso debería continuar con implementación de las intervenciones, su evaluación y perfeccionamiento hacia la consolidación de procesos de promoción de la salud.

A continuación, se describen los elementos claves del proceso 2015. En la sección 5.2 de este informe, se trata específicamente el proceso en cada línea temática. Se debe destacar dos elementos adicionales en el enfoque estratégico: el desarrollo de capacidades en los actores debía ocurrir durante todo el proceso, tanto en las acciones de “diagnostico”, en el “el diseño (adaptación) de intervenciones” y claro, en la preparación para su implementación y, en segundo lugar, las acciones no siguieron en rigor la temporalidad que el proceso plantea, es decir desde un comienzo se identificaron intervenciones claves sobre las que se comenzó a trabajar sin haber completado insumos esenciales, como por ejemplo el diagnóstico de determinantes sociales, o la medición de factores de riesgo de ENT.

## **4.1 Diagnóstico de situación / caracterización del problema, actores, oportunidades**

Para el abordaje de los temas priorizados, el proyecto contempló en su primer año, el desarrollo de acciones para caracterizar la situación en salud, como punto de partida para la formulación y adaptación de intervenciones y un paso previo para orientar el desarrollo de capacidades.

Los siguientes fueron los objetivos de las acciones de diagnóstico de situación

- Identificar mejor grupos vulnerables, desigualdades y poblaciones objetivo
- Identificar factores de riesgo, hábitos, costumbres, conocimientos, que debieran ser objeto de las intervenciones
- Registrar información clave para la adaptación de las intervenciones a la realidad de Durán
- Establecer líneas de base para la evaluación futura del proyecto o de los cambios generados a más largo plazo por el mismo.
- Generar y unificar entre en los tres tipos de actores un nivel básico de comprensión del problema que posibilite un mejor dialogo intersectorial

Las características del proceso de diagnóstico de situación:

- Un proceso de investigación-acción
- Involucramiento de distintos actores
- Uso de metodologías validadas
- Transferencia de la metodología a los actores locales

Evaluaciones realizadas en el periodo 2015:

- Estudio de determinantes sociales

- Encuesta CAP sobre transmisión del dengue y el chikungunya
- Diseño de la encuesta STEP
- Evaluaciones ACIC y PACIC
- Caracterización de situación de acciones de promoción de la salud en escuelas
- Estudios de producción de criaderos de *A. aegypti*

## 4.2 Diseño y adaptación de intervenciones o estrategias

En el diseño y adaptación de las intervenciones para la promoción de la salud en Durán, se orienta para que las acciones propuestas respondan a las características dadas por el marco de cooperación de OPS/OMS en el país e incorporen las recomendaciones técnicas de la OMS en estos temas.

En este sentido imprimen los siguientes enfoques:

- Intervenciones claves y opciones de política basadas en evidencia
- Implementación en el territorio de políticas públicas reglamentadas a nivel nacional
- Complementariedad de intervenciones poblacionales (sobre determinantes) más intervenciones individuales con enfoque de riesgo
- Intervenciones con enfoque de curso de vida

### 4.2.1 Intervenciones claves y opciones de política basadas en evidencia

Las intervenciones se corresponden a los marcos estratégicos de la OPS/OMS y a recomendaciones internacionales de política en promoción de la salud, o recomendaciones basadas en evidencias para atención individual de pacientes con ENT y tuberculosis.

La OPS considera, entre otros, los siguientes marcos estratégicos para las acciones que se impulsan en este proyecto:

- ✓ NCD Global Action Plan
- ✓ NCD Global Monitoring Framework
- ✓ Global recommendations on physical activity for health
- ✓ Regional NCD Strategy 2013 – 2020. PAHO
- ✓ Plan of Action for the Prevention of Obesity in Children and Adolescents
- ✓ Sugar intake for adults and children
- ✓ School policy Framework. Implementation of the WHO Global Strategy on Diet, physical activity and Health
- ✓ Global strategy for dengue prevention and control 2012
- ✓ Estrategia STOP TB
- ✓ Plan Estratégico de la OPS 2014-2019

El **anexo 1** relaciona las intervenciones clave basadas en evidencia y opciones de política que respaldan las acciones del proyecto.

## **4.2.2 Implementación en el territorio de políticas públicas reglamentadas a nivel nacional**

Ecuador ha hecho en los últimos años importantes avances en la formulación de políticas públicas en promoción de la salud, y en particular con respecto al control de factores de riesgo y determinantes de enfermedades crónicas no transmisibles. El Plan Nacional del Buen Vivir, en sus objetivos de 3.6, 3.7y 3.12 plantea importantes desafíos de política pública en materia de entornos saludables, alimentación saludable y actividad física a los que este proyecto busca contribuir. Las estrategias e intervenciones promovidas en el marco de este proyecto se relacionan con tales políticas en dos sentidos:

- 1) la política pública potencia las intervenciones previstas en el Proyecto y
- 2) mediante el Proyecto, se apoya la implementación de la política pública a nivel local.

Al respecto, al final del documento, el Anexo 2, presenta algunas de las orientaciones de política pública reglamentadas y los objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir a los que el Proyecto busca aportar.

## **4.2.3 Intervenciones poblacionales más intervenciones individuales con enfoque de riesgo**

El proyecto incorpora como elemento central de su enfoque, que el abordaje orientado a la población de alto riesgo, sea complementado por estrategias de salud pública en toda la población<sup>1</sup>. De acuerdo al marco estratégico que OPS promueve para el abordaje de la Diabetes y otras ENT<sup>2</sup>, se deben usar dos tipos de métodos para aplicar las estrategias de prevención: el método basado en la población y el método orientado a las personas de alto riesgo. El método poblacional se concentra en gran parte en las actividades de promoción de la salud y las acciones que influyen en el entorno (físico, social, económico y normativo). El método individual se concentra en las personas afectadas o que presentan un alto riesgo mediante intervenciones directas. Los métodos poblacional e individual se complementan mutuamente y funcionan mejor cuando se combinan de manera integrada.

El proyecto en Durán combina acciones con enfoque de riesgo (detección de diabetes y cambios en estilos de vida en personas con FR), con acciones poblacionales (promoción de alimentación saludable en escolares y sus familias).

Adicionalmente, el proyecto pretende incorporar el concepto de enfoque en poblaciones vulnerables, que plantea que los enfoques poblacionales por si solos podrían incrementar las inequidades en salud y la necesidad de diseñar estrategias de salud pública que consideren las vulnerabilidades. El enfoque a poblaciones vulnerables requiere dos elementos que están impresos en el espíritu de este Proyecto: que la intervención sea

---

<sup>1</sup> Cardiovascular disease prevention. Translating evidence into action. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005

<sup>2</sup> Métodos Poblacionales e Individuales para el control de la diabetes OPS

intersectorial y que sea participativa <sup>3</sup>. El trabajo desarrollado en Durán en su primer año ha buscado esta aproximación especialmente en el componente de tuberculosis, pero en general se ha querido imprimir a la gestión de promoción de salud un enfoque de investigación- acción que posibilite el reconocimiento de las vulnerabilidades en salud en los frentes prioritarios. El estudio de determinantes sociales adelantado en el primer año presenta varios elementos para este abordaje.

#### **4.2.4 Intervenciones con enfoque de curso de vida**

El enfoque de curso de vida aborda los momentos del continuo de la vida y reconoce que el desarrollo humano y los resultados en salud, dependen de la interacción de diferentes factores a lo largo del curso de la vida. La inversión en atenciones oportunas, en cada generación, repercutirá en las siguientes. El mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones hechas en un período anterior.

En diseño de acciones de prevención de las ENT, a nivel local, es importante el concepto de *curso de vida*, tanto en el contexto poblacional como individual. El proyecto orienta acciones que se basan en este enfoque, al promover la actividad física y alimentación saludable en la población escolarizada.

El proceso de 2015, formula cinco estrategias de intervención que se describen en la sección II de este Informe:

- Promoción de la alimentación saludable y actividad física en familias con niños y adolescentes escolarizados
- Cambios en estilos de vida para la prevención de las ENT y sus complicaciones
- Mejoras en la atención de las ENT por los servicios de salud
- Movilización social para la prevención del dengue y el chikungunya
- Control de tuberculosis con participación comunitaria y enfoque intersectorial

### **4.3 Desarrollo de capacidades**

El desarrollo de capacidades, en los actores: servicios de salud, comunidad / usuarios y otros actores locales (intersectorial), se cumple en las fases de diagnóstico y de implementación futura de las intervenciones diseñadas.

El proyecto contempló el desarrollo de capacidades para comprender y analizar la problemática de salud a nivel de Durán, capacidades para la formulación de acciones y para su implementación. Se destacan las siguientes acciones que serán retomadas en la sección 5.2 de este documento:

- Capacitación en el modelo de cuidados crónicos

---

<sup>3</sup> The Inequality Paradox: The Population Approach and Vulnerable Populations | Katherine L. Frohlich, PhD, and Louise Potvin, PhD. American Journal of Public Health | February 2008, Vol 98, No. 2

- Pasantía por experiencia de implementación de Modelo de cuidados crónicos
- Capacitación en Educación en diabetes (personal de salud, pacientes y otros actores)
- Capacitación en cambios en estilos de vida (personal de salud)
- Capacitación en soporte psico-social a pacientes con tuberculosis (personal de salud, comunidad (pacientes) y otros actores?)
- Transferencia de metodología de OMS para el estudio de producción de criaderos de mosquitos
- Capacitación en participación social con comités locales de salud
- Capacitación en análisis de promoción de salud en escuelas

### **Gestión intersectorial e involucramiento de otros actores**

Un elemento transversal a estos tres componentes del proceso, fue la gestión para involucrar, además del sector salud, a otros actores de la sociedad en el proceso de promoción de la salud.

La brecha de talento humano en el Distrito, notoria sobre todo para actividades de Promoción, fue motivo de búsqueda de alternativas. Entre ellas, como el MAIS propone, se acudió a la participación activa de estudiantes de ciencias sociales y de la salud, en la modalidad de prácticas preprofesionales. Se logra, entonces, el apoyo de dos universidades radicadas en Guayaquil: Universidad Católica y Universidad de Guayaquil.

Para fortalecimiento de capacidades en educación y cambios en estilos de vida, se recurre a actores nacionales con amplia experiencia específica en los temas: educación para persona con diabetes, en lo que hay avances en algunas instituciones del Ministerio de Salud y organizaciones sociales no gubernamentales. Se solicita el apoyo de instituciones como Casa de la Diabetes, Fundación FUVIDA, Coordinación de la Asociación Latinoamericana de Diabetes, ALAD. Se realizó una pasantía de aprendizaje al hospital general Puyo, con personal de la Zona 8 y del Distrito Durán.

En tuberculosis, la Fundación Martha Gutiérrez, que asocia ex pacientes de tuberculosis desarrolló actividades dirigidas a evitar el abandono y el tratamiento irregular en pacientes en riesgo. Es un acompañamiento entre pares, animado por la experiencia propia, que orienta a la persona afectada y gestionan el soporte social que requiere.

Para el control de los criaderos de aedes aegypti, para estudiar soluciones de diseño de tapas para el tipo de tanques de almacenamiento de agua que usa gran parte de las familias de El Recreo. Se inicia un proceso de gestión intersectorial con la academia y con la empresa privada. La Universidad de Guayaquil ha planteado la posibilidad colaborar con su Sistema de Investigación y Desarrollo (SINDE), y la facultad de Arquitectura y Diseño. Plastigama, fábrica de plásticos, también presentó su voluntad de apoyo en la búsqueda de alternativas para facilitar el acceso por la población a tapas adecuadas a bajo costo, en esquemas de producción y comercialización o distribución sostenibles.

El rol que los expendedores ambulantes de alimentos y las asociaciones que los agrupan puedan tener en la promoción de una alimentación más saludable en escolares, se ha discutido durante este primer año del Proyecto. La reducción del expendio de productos



ultraprocesados, en la periferia de los establecimientos educativos, sería posible con una combinación de medidas normativas y acciones educomunicacionales con involucramiento directo de vendedores, a través de sus asociaciones, implementando alternativas sostenibles.

En la búsqueda de soluciones a la calidad del agua en las escuelas de El Recreo, se adelantó una gestión interinstitucional, que en distintos momentos movilizó funcionarios de las siguientes instituciones: Ministerio de Educación MINEDUC, Ministerio de Salud MSP Zonal 8, Agencia de Regulación y Control Sanitario ARCSA, Gobierno Autónomo Descentralizado de Durán GAD, Empresa Municipal de Agua Potable de Durán EMAPAD, Ministerio de Inclusión Económica y Social MIES, Secretaria del Agua SENAGUA y OPS/OMS

### **Resumen**

Enfoque dirigido a responder a los objetivos específicos de desarrollar capacidades de promoción de la salud en los tres actores:

- Servicios de salud
- Comunidad
- Otros actores

Una primera fase (2015) con tres componentes estratégicos:

- i) el diagnóstico de situación y caracterización del problema,
- ii) el diseño de intervenciones o estrategias y
- iii) desarrollo de capacidades para su implementación.

## **5 INFORME POR ACTIVIDADES Y RESULTADOS**

Este informe se ha optado por describir las actividades según los resultados esperados y posteriormente hacer la descripción detallada con los resultados según las líneas temáticas.

### **5.1 Según resultados esperados**

#### **5.1.1 Resultado esperado 1.**

Incrementada la capacidad de los recursos del primer nivel de atención para identificar los determinantes sociales, fortalecer los espacios de participación ciudadana formulando conjuntamente planes y propuestas de intervenciones para el bienestar colectivo con la participación de los GAD y otros sectores.

<b>Actividad programada</b>	<b>Actividades realizadas en 2015</b>
1,1 Coordinación permanente	Gestión permanente intersectorial e interdisciplinaria: MSP Zona,

con el MSP y la comunidad para instalar, dar seguimiento y evaluar el Proyecto	MSP Distrito, GAD, Educación, actores no gubernamentales Realización de análisis de determinantes sociales y redes sociales
1.2 Análisis de determinantes sociales y redes sociales y elaboración de metodologías y herramienta para este proceso	Realización de evaluación ACIC y transferencia de metodología a profesionales de salud Curso sobre el Modelo de Cuidados Crónicos Capacitación en Educación en Diabetes para profesionales de salud
1.3 Elaboración y ejecución del Plan de capacitación para fortalecer capacidades del personal del primer nivel para gestionar la Promoción de la salud	Pasantía por experiencia de implementación de componentes del Modelo de Cuidados Crónicos en la Zona 3 Plan de capacitación de personal de salud en Atención integral a pacientes con condiciones crónicas en el primer nivel – distrito duran – zona 8 salud Elaboración de proyectos de mejora de cuidados crónicos Capacitación en estigma y discriminación en TB a profesionales de salud
1.4 Fortalecimiento de la acción comunitaria y su participación en la definición de problemas y en la formulación de soluciones.	Metodología para seguimiento de pacientes en riesgo de abandono de tuberculosis  Sensibilización y gestión intersectorial para una estrategia de promoción de alimentación saludable y actividad física basada en la comunidad educativa y sus familias Realización de encuesta PACIC Talleres y capacitación a comités locales de salud Identificación de nuevos actores sociales para la gestión de la promoción de la salud en tuberculosis, diabetes, ENT y dengue.

### **5.1.1.1 Diagnóstico de determinantes sociales y redes sociales**

#### **Metodología**

Fase 1: Se realizó una revisión documental de diversas fuentes existentes, y se obtuvo información y se describió los determinantes sociales y la situación general de salud en el Distrito. El análisis descriptivo se realizó con base a los parámetros e indicadores propuestos en la tabla 1 y 2 de la propuesta metodológica. Los indicadores propuestos, en cada uno de los parámetros, fueron analizados con el equipo responsable de acompañar el estudio en el Distrito Durán y con base a la identificación y la disponibilidad de las fuentes de información requeridas para desarrollar los indicadores.

Esta fase se ejecutó en dos momentos dos momentos. A) En el primer momento se realizó un análisis general de los determinantes sociales de la salud y B) En el segundo momento se hizo el análisis general del Estado de Salud.

La Fase 2, y con base en los resultados de la Fase 1, se analizaron los Problemas Prioritarios de salud en el Distrito de Durán, de acuerdo a las siguientes parámetros: a) Territorios de mayor vulnerabilidad; b) Problemas de importancia sanitaria en los territorios

de mayor vulnerabilidad; c) Transversalidad de los problemas en los territorio vulnerables y d) magnitud, tendencia y brecha de inequidad con relación estadísticas nacionales.

En la fase 3, con base a los resultados de las Fases 1 y 2 se elaboraron recomendaciones generales para definir las intervenciones en los problemas prioritarios

### **Resultados**

La situación de salud en el sector de El Recreo está determinada fundamentalmente por la pobreza, marginalidad, falta de servicios básicos, bajo nivel de escolaridad, desconocimiento en torno a los derechos, escasa o ninguna organización y participación comunitaria.

Las condiciones ambientales, la situación deficitaria o ausencia de servicios básicos como agua, alcantarillado y recolección de la basura juegan un papel importante en el proceso salud/enfermedad. Así los motivos de consulta más frecuentes son: parasitosis intestinal, infecciones de las vías urinarias, diarreas y gastroenteritis de origen infeccioso. Enfermedades crónicas como hipertensión y diabetes mellitus. De igual manera, infecciones agudas de las vías respiratorias superiores e infecciones de la piel que están relacionadas con las condiciones de higiene de la vivienda, la zona o sector, la disposición final de la basura que es quemada en la ciudad o es depositada en lugares de difícil acceso para el carro recogedor de basura, entre otras. A continuación se destacan hallazgos principales del análisis realizado en el sector El Recreo.

El Cantón ha experimentado un acelerado crecimiento poblacional en las últimas décadas, tiene una población de 278,288 habitantes y una densidad poblacional de 892.7 hab/km<sup>2</sup>. La Tasa de Crecimiento Poblacional TCP es de 1,9 por 1000 habitantes, superior a la de la Zona 8 que en el mismo periodo fue de 1,7 por 1000 habitantes. El 97,3% de su población reside en la cabecera cantonal y la incidencia de pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas NBI es de 65,8%, superando en 20,9% puntos a la zona 8, y 28,7% a nivel nacional. El 51,31% de la población del cantón es mujer, con un índice de feminidad de 98,73 hombres por cada 100 mujeres.

#### Ambiente/entorno/ saneamiento

- En Durán el porcentaje de áreas verdes es del 3% del territorio urbano,
- Para el año 2010, de acuerdo al Censo Nacional de Población y Vivienda, en Durán el 42.6% estaba conectado a la red pública, el 42.9% a un pozo séptico
- En Durán el centro de la ciudad y las nuevas ciudadelas son las que tienen sistema de canalización, no así las zonas periféricas donde se encuentran un número importante de cooperativas y la población se ve obligada a eliminar las aguas negras por medio de pozos sépticos o letrinas.
- Existe un sistema de alcantarillado combinado parcial que recolecta aguas negras separadas del agua lluvia, pero que las converge finalmente en el mismo colector para descargarlas mezcladas

- El 81,8% de la basura o residuales sólidos en el cantón Duran se elimina a través de carros recolectores, la cobertura de recolección de basura es superior al nivel nacional pero inferior en casi 10% a la cobertura de la Zona 8.
- En el área urbana del cantón Duran el 13,0% de la población, y en el área rural y el 91,2 % en el área urbana queman la basura.

#### Agua

- De acuerdo a los datos de SENPLADES la cobertura total de agua por red pública en el cantón Duran es de 62,8%
- El 27,5% de los habitantes recibe el agua a través de carros repartidores, 3,2% consume agua de pozo y el 2,1% de río, vertiente, acequia o canal
- Un porcentaje importante de la población del Catón Duran se abastece de agua a través del carro repartidor y almacenan en tanques o cisternas
- El abastecimiento de agua de la Red pública se hace a través de los pozos de Chobo, que se encuentran administrados por el Municipio del Cantón Durán y de pozos subterráneos.
- El agua se almacena en reservorios estratégicamente ubicados en varios sectores de la población. En construcción un reservorio en El Recreo.
- La mayoría de usuarios usa bomba de succión para abastecerse de agua.
- En algunas cooperativas como la “28 de septiembre”, reciben agua de la red pública, y en la mayoría de los casos existe un medidor conectado a una manguera que distribuye a varios vecinos de una manzana o sector determinado. En otros casos el agua pasa por la manguera a unas cisternas y es distribuida por un vecino a las viviendas que abonan una tarifa mensual.
- Según algunos vecinos, el agua que abastece la empresa de agua potable a través de estas mangueras es de mala calidad y posee un sabor, color y olor desagradable por lo que no se usa para preparar los alimentos ni para el consumo. Por esta razón y a pesar de recibir esta agua varios días a la semana también compran agua de los carros repartidores
- En algunos casos el agua de los tanqueros se hierve y en otros se consume sin ningún tipo de tratamiento.
- Cooperativas como la “Unidos Venceremos”, “Primero de mayo”, y “una sola fuerza”, sector III, solo se abastecen del agua a través de los carros repartidores
- En invierno por problemas de acceso los vecinos deben cargar el agua desde las calles principales
- El costo del tanque de agua es de \$ 0,80 ctvs de dólar y la misma es consumida sin ningún tipo de tratamiento. Algunos habitantes comprar agua de galones para el consumo a un costo de \$1,25 USD, de acuerdo con sus posibilidades económicas.

#### Ocupación, empleo/ pobreza

- Los índices de pobrezas en Duran son superiores a los valores nacionales y provinciales. La pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas NBI es de 65,8%, superando en 20,9% puntos a la zona 8, y 28,7% a nivel nacional.
- En el catón Duran la Población Económicamente Activa (PEA) según los datos del INEC, censo 2010 es de 47,4% (inferior a promedio nacional). Del total de la PEA, el

68,5% son hombres (62,142) y el 26,3% (36,553) son mujeres. La tasa de desempleo fue de 8,51%.

- Las actividades económicas son relacionadas con el comercio al por mayor y menor, transporte y almacenamiento, actividades de alojamiento y servicios de comida, enseñanza, administración pública y defensa agricultura, ganadería, silvicultura.
- La falta de empleo estable es una dificultad del Recreo I y Recreo II, y se presenta de igual manera para mujeres y hombres.
- La mayor parte de las mujeres no trabajan, y enfrentan situaciones económicas mayores por ser jefas de hogar; existe un alto índice de madres solteras.
- En algunos casos exigen título de bachiller para los contratos de trabajo doméstico, además de cartas de recomendación que limitan el acceso al trabajo
- Desconfianza por parte de los empleadores para contratar debido situaciones de robos, maltrato a niños y niñas, etc.
- Las mujeres que trabajan, generalmente se dedican a servicios domésticos en Guayaquil (La Puntilla o Sanborondon), y otras haciendo servicio de limpieza, lavandería, ayudantes en restaurantes, limpiando verduras en los mercados, vendiendo agua, colas, caramelos y avena polaca en las vías principales de Duran y Guayaquil.
- Otras se dedican al reciclaje en las zonas más pobladas de Duran y Guayaquil, recogen botellas, cartón, chatarra que luego venden en los depósitos. Algunas venden hielo y bolos en su casa, no pueden salir a trabajar fuera porque tiene varios hijos y no tienen como cuidarlos. Cuando se realiza este tipo de trabajo el pago es diario.
- Los hombres trabajan en albañilería, mármol y reciclaje, otros; en la venta de agua, colas, avena polaca en la avenidas principales de duran y Guayaquil.
- En casi todos los casos de trabajos informales el pago es diario y dependen de las ventas y contratos de los proveedores

### Violencia

- Vulneración de los derechos de niños, niñas y adolescentes. Gran parte atribuidos a las madres
- abandono del hogar que sería superior en las madres que en los padres.
- Hijos que pasan solos, o los dejan a cuidados de terceras personas
- problemas relacionados al consumo de alcohol, drogas y otras sustancias estupefacientes por parte de niños, niñas y adolescente
- Duran que fue uno de los cantones donde se identificó el alto consumo de estas sustancias, fundamentalmente en el sector educativo y son problemas que afectan a los habitantes de las ciudadelas y cooperativas del Recreo I y Recreo
- El alto consumo de alcohol y droga incremento el número de denuncias por violaciones o abusos sexuales,
- identificación de altos índices de violencia sexual donde el violentador casi siempre era el padre, abuelo, tío o alguien muy cercano a la víctima
- El consumo de alcohol, drogas y otras sustancias; que a su vez generan altos índices de violencia y violencia de género son problemas que afectan a los habitantes de las ciudadelas y cooperativas del Recreo I y Recreo II
- En muchos hogares, la violencia comienza por la falta de recursos económicos y las exigencias de las madres para poder cubrir las necesidades de los hijos (alimentación,

transporte para ir a la escuela, medicamentos ...etc). La violencia es perpetuada por el esposo o compañero, y casi siempre delante de los hijos.

### Educación

- El 4,4% de la población en Durán es analfabeta según los datos del INEC, censo 2010. Entre las mujeres 4,5% y en los hombres 3,1%. Todos los grupos étnicos tienen tasas de analfabetismo inferiores a la media de la zona 8 y nacional.
- El 71,9% de la población de Durán se autoidentifica como mestizo (analfabetismo de 2,6%).
- El promedio de años de escolaridad en el distrito 09D24 es de 10 (igual a la zona 8).
- El proceso de perfeccionamiento docente involucra a cerca de 1.400 maestros y maestras que actualmente cubren las necesidades del sector educativo estatal.
- Cerca de 80,000 estudiantes están incorporados al sistema educativo en el cantón, de estos 45,000 estudian en los establecimientos educativos del estado y 35,000 en el sector privado.
- Según el censo del Ministerio de Educación en el cantón existen un total de 127 Unidades Educativas, el 42,51% (54) son fiscales y 57,48% (64) privadas. En el Recreo I se encuentran ubicadas 17 Unidades Educativas, 7 fiscales (41,17%) y 10 privadas (58,82%).
- Persisten limitaciones como la falta de profesores para los niveles iniciales (parvularios), y en algunas especialidades como física y química lenguaje, matemáticas..etc.
- Limitaciones en rendimiento escolar que pueden estar relacionados a las características familiares de los hogares en el cantón.
- Especialmente en cooperativas hay dificultades para la movilización de los niños, niñas y adolescentes a las unidades educativas
- En los periodos de invierno, las intensas lluvias contribuyen al ausentismo escolar (calles llenas de lodo).
- Algunos veces no se cuenta con los recursos económicos para pagar los traslados a la escuela en tricimotos o buses.

### Vivienda

- En el área urbana en Durán las viviendas usan el ladrillo, bloque, piso de cemento y techo de zinc.
- En algunas ciudadelas y cooperativas, las características de la vivienda son precarias y con un saneamiento deficitario.
- La mayor parte de las cooperativas son el resultado de invasiones y son vendidas a sus propietarios actuales a través de traficantes de tierra.
- En cooperativas del sector El Recreo, como “Unidos Venceremos”, “Una Sola Fuerza”, y “Primero de Mayo”, la mayor parte de las viviendas están construidas de caña guadua, en algunos casos cubiertas de plásticos, y cartones con el techo de zinc, las construcciones son pequeñas y existe un alto índice de hacinamiento.
- Las características de las viviendas mejoran cuando comienzan los trámites legales para adquirir el título de predio en el municipio.

### Seguridad

- La inseguridad ha sido identificada como un nudo crítico para el desarrollo de la Zona 8. La percepción de inseguridad es del 60 %, inferior a la nacional (62%) (ENEMDU 2014).
- La Encuesta de Victimización y Percepción de Inseguridad 2011 del INEC, en el cantón Duran, de 163.863 personas estudiadas, 15.389 fueron víctimas de robo (incidencia 9.391 x 100,000 habitantes) y el índice robo a hogares fue de 3,2%, 2.032 robos, en 63.446 hogares estudiados.
- A finales del 2013, los delitos más registrados fueron, robos a personas (4152), robos a domicilios (1181), y robo a vehículos (948).

### **5.1.1.2 Organización social y mapeo de actores locales**

#### **Organización social**

Las redes sociales surgidas en un proceso urbanizador sin planificación y al filo de la clandestinidad, ponen su marca en la ausencia de organizaciones comunitarias que representen y busquen mejores días para la población. Tal vez, los asentamientos homogéneos por origen de sus habitantes, es una de las redes sociales que persiste y que, entre otras formas, se expresa en pequeñas iglesias donde las ceremonias o cultos son en idioma kichwa.

En la periferia urbana, en medio de la alta densidad poblacional, se nota la ausencia de instancias organizadas poblacionales, la escasa o nula dotación de espacios comunitarios tales como salas o casas comunales, lo que incide en la baja organización comunitaria o en existencia de pequeñas redes sociales entre familias de alta cercanía que, siendo de invaluable apoyo en lo cotidiano, tienen baja capacidad de incidencia para resolver las necesidades insatisfechas y los problemas compartidos.

Durán, desde los procesos de impulso de organización comunitaria y desarrollo redes sociales, significa una inmensa tarea pendiente que, la Promoción de la Salud puede apoyar y fortalecer.

- En las UO Recreo I y Recreo II hay un bajo empoderamiento de los habitantes de la población en generar una participación activa que le permita contribuir sustancialmente a la promoción y fomento de la salud a nivel individual, familiar y comunitario.
- Dificultades para generar procesos de organización y participación comunitaria que pueden estar influenciadas por los procesos de adquisición de los terrenos (asentamientos que son resultado de invasiones ilegales, terrenos luego vendidos por traficantes de tierras).
- En Durán el mayor número de organizaciones lo constituyen organizaciones barriales 60 (20,83%), 45 (15,62%) organizaciones religiosas, 40 (11,52%) son ONGs, 40 (11,52%), organizaciones de apoyo a la infancia, 20 (6,94%),
- Desde el año 2014, el Gobierno Autónomo Descentralizado de Duran a través de la Dirección de Desarrollo Humano trabaja directamente con la comunidad en temas relacionados a la promoción y prevención de la salud, educación y otros, entre los

que se destacan la promoción del trabajo de la Junta cantonal de protección de derechos...y a partir de este momento la comunidad conoce y comienza a actuar en relación a los altos índices de maltrato que se constatan a diaria a los diferentes sectores. El número de denuncias aumentó de 285 casos, en el periodo de septiembre del 2014, a 380 casos en septiembre de 2015 y están relacionadas con vulneración de la integridad, maltrato físico, maltrato psicológico y negligencia.

### **5.1.1.3 Gestión de promoción de la salud por parte de los equipos de salud**

La red de servicios del MSP en el Distrito está conformada por diez unidades operativas, centros de Salud: Abel Gilbert, Oramas González, Cerro Redondo, Durán, Durán II, Recreo 1, Recreo 2, Pedro Menéndez y Primavera 2, responsable de atender 278.415 personas (MSP, 2015).

La población asignada a las UO del Recreo I y Recreo II corresponde al 29,5% de la población de todo el Cantón (82,260 habitantes), lo que explica la importancia de construir una nueva unidad de salud en el sector. La UO Recreo I tiene una población de 33,429 habitantes distribuida en 33 ciudadelas y cooperativas con aproximadamente 5,534 familias. El 50,26% de la población son hombres (16,804) y el 49,73% (16,821), mujeres. La UO Recreo II tiene una población de 51,831 habitantes, distribuidos en 13 ciudadelas y cooperativas de aproximadamente 15,403 familias. El 50,26% de la población son hombres (26,055) y el 49,73% (25,776), son mujeres.

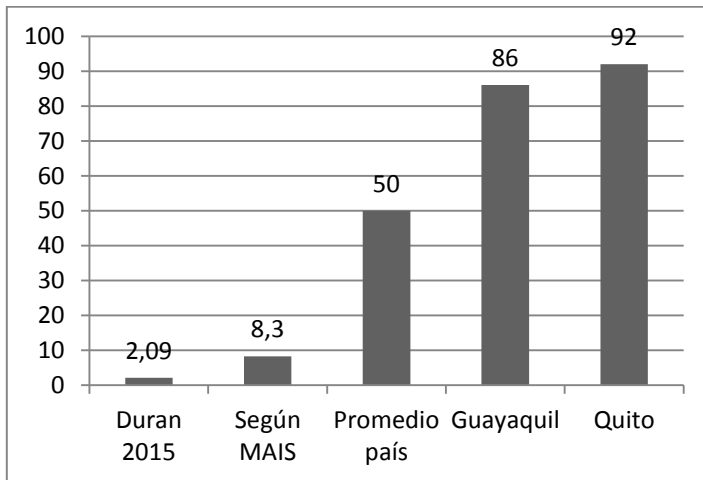
El acceso a servicios de salud, en el Ecuador, se mide por la relación entre personal de salud y población. En el país, el personal promedio de salud (por cada 10.000 habitantes) ha subido de 37 a 50 médicos equivalentes entre 2001 y 2010. *“Los servicios de salud continúan desproporcionadamente concentrados en las principales ciudades. Mientras Quito disponía, en 2010, de 92 médicos equivalentes por cada 10.000 habitantes en 2010, el promedio nacional era de 50”*<sup>4</sup>. Sin embargo, en Durán, este parámetro no ha crecido proporcionalmente. En los centros de salud de Durán, se dispone de 22 médicos, 10 enfermeras, 16 odontólogos, 10 obstetras, 5 psicólogas y 3 tecnólogos de atención primaria (TAPS). El personal promedio de salud<sup>5</sup> en Durán es 2,09 / 10.000 hab. Si se cumpliera la asignación del MAIS, se incrementaría a 8,3/10.000 hab. Aun así, comparativamente, la situación de Durán es altamente desventajosa.

### **Figura 1. Acceso a servicios públicos de salud. Índice de Personal Promedio de Salud x 10.000 habitantes**

<sup>4</sup> SENPLADES. Atlas de Desigualdades Socio Económicas. Ecuador. 2013

<sup>5</sup> El personal equivalente de salud por cada 10.000 habitantes es la suma ponderada del personal de salud, asignando un coeficiente de 1 a los médicos o profesionales con formación equivalente, de 0.6 a los asistentes profesionales de salud, y de 0.3 a los asistentes no profesionales de salud, dividida para la población de cada localidad, estimada en múltiplos de 10.000.





Fuente: MSP Distrito 09D24; SENPLADES: Atlas de Desigualdades  
Elaboración: Proyecto MSP-KOICA-OPS, 2015

El Distrito tiene un personal promedio de salud equivalente a **59,9 /10.000**; si se lograra aplicar la asignación según el Modelo de Atención Integral de Salud, MAIS, el personal ponderado llegaría a **237,3**. El Distrito de Salud tiene una brecha de 397% en cuanto a disponibilidad de personal de salud. Al momento de cumplir con el conjunto de responsabilidades como red de Primer Nivel, esta brecha representa un obstáculo de alto impacto, sobre todo en la programación y tiempo para la promoción de salud, pues la dedicación prioritaria, por obvias razones, es la atención a la demanda curativa que, además, está regulada por el sistema centralizado telefónico de citas, que en muchos casos, asignan cupos o unidades operativas, sin suficiente conocimiento de causa, sin reconocer por ejemplo las particularidades de los pacientes crónicos.



La mayoría de las unidades de salud del Distrito, se ubica en locales no apropiados, lejos de los requerimientos mínimos para su capacidad resolutoria y funcionalidad. Tres unidades disponen de espacios adecuados para la espera de usuarios, mientras el resto resultan instalaciones insuficientes, en las que faltan consultorios y espacios dedicados, por ejemplo, a la atención exclusiva de personas afectadas por tuberculosis.

Estas condiciones caracterizan a las unidades de El Recreo, lo que significa una grave limitación a las posibilidades de desarrollar actividades educativas, charlas o talleres, con usuarios en las propias unidades. La ausencia de espacios adecuados en los servicios de salud, coincide con lo mismo en el ámbito comunitario. Esto implica un obstáculo adicional para los procesos educativos o de funcionamiento de grupos de sociedad civil. Las reuniones en el CS Recreo 1, se hacen en una pequeña terraza de la unidad, con carpas plásticas para protegerse del sol o lluvia. En el CS Recreo 2, la sala de espera es estrecha y generalmente está abarrotada, Se acude a instalaciones de la Policía Nacional o del colegio vecino que disponen de aulas relativamente adecuadas.

En medio de estas limitaciones, se debe desatacar el reconocimiento y grata percepción que tienen las usuarias y usuarios de la atención recibida por los equipos de salud, pues, 13,1% de ellos-as se siente satisfecha con la calidad de atención por la amabilidad y dedicación del personal de salud; 51% refiere estar más o menos satisfecha, mientras 8% declara estar feliz con la atención recibida. Por otro lado, 19% refiere estar poco satisfecha y 9% muy insatisfecha<sup>6</sup>.

En consecuencia, el empoderamiento de los habitantes de la población del sector y su participación activa para contribuir sustancialmente a la promoción y fomento de la salud a nivel individual, familiar y comunitario, tiene aún que ser fortalecida y sobre todo, requiere contar con una condición básica desde el MSP: talento humano acorde al volumen poblacional y asignación del MAIS.

El déficit de recursos humanos contribuye a que las acciones que realizan los equipos de salud en la comunidad (extramural), estén focalizadas en el cumplimiento de metas asignadas por el MSP en el nivel central, que en estos momentos es la elaboración de Fichas Familiares FM, que tienen entre sus objetivos medir las condiciones de vida y los determinantes sociales de la salud. El llenado de las FM ocupa la gran mayoría del tiempo que destina el equipo de salud al trabajo comunitario, lo que le impide trabajar sobre otras acciones prioritarias a este nivel como:

- actividades de organización comunitaria involucrando a actores sociales de la zona de cobertura para trabajar sobre problemas prioritario de la población,
- implementación de planes de atención en los individuos, familias y comunidades donde se identifican riesgos para la salud,
- actividades sintomáticas de promoción de la salud a nivel individual, familiar, comunitario,
- atención de población priorizada y cooperativas alejadas, e
- identificación de eventos centinelas para la realización de médicas epidemiológicas oportunas.

La nueva política del MSP de agendar el número de consultas a las UO por medio de Call Center ha causado sobrecarga de trabajo en los equipos de salud, limitando sus acciones en promoción. La limitación en condiciones de movilización y seguridad de los equipos de salud es otro factor a considerar.

---

<sup>66</sup> Observación en Salas de Espera en Seis Centros de Salud de Durán. Estudiantes de Trabajo Social de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil – Proyecto MSP-KOICA-OPS, 2015

En Durán los equipos de salud manifiestan la importancia de la organización y participación comunitaria en el autocuidado de la salud, pero; refieren las dificultades en la conformación de los Comités locales de Salud y los numerosos intentos que se han realizado sin tener resultados satisfactorio.

#### **5.1.1.4 Funcionamiento de los comités ciudadanos locales de salud**

El MSP a través de su Dirección de Promoción de la Salud e Igualdad se encuentra impulsando un proceso de conformación de los Comités Ciudadanos Locales de Salud (CCLS) como parte de la participación Social en Salud. El proceso permitirá promover la acción de los actores sociales en la toma de decisiones y la gestión pública de la Salud para incidir en los determinantes sociales de la Salud con igualdad y Equidad, incorporando la corresponsabilidad del poder ciudadano en el logro del Buen Vivir en Salud. Dentro de los lineamientos de trabajo de los CCLS se plantea que; el Equipo de Atención Integral de Salud (EAIS) trabajarán con los Comités locales de Salud en: a) Análisis Situacional Integral de Salud- ASIS, b) Mapeo de Actores locales vinculados a Salud, c) Diagnostico Situacional de Base y d) Plan Local de Salud – Planificación y el Presupuesto participativo, consolidado a nivel distrital.

#### **Situación en Durán**

Las capacidades de acción de los equipos de salud de los centros del MSP en Durán, en general, muestran que los niveles de interacción y desarrollo de los comités locales ciudadanos todavía son incipientes. Un comité local de salud tiene que ser entendido como una instancia ciudadana con alto nivel de automotivación y compromiso con su entorno, con la salud de las familias de su comunidad inmediata, con un plan de trabajo surgido desde sus integrantes y con una relación de “socios” con los equipos de salud.

Hablar de comité ciudadano de salud por lo tanto es pensar y trabajar por el impulso de actores sociales que aportan a la salud y a la vida de sus familias, para lo cual requieren capacitación y herramientas, espacios y tiempos para la acción comunitaria.

Los equipos de salud de El Recreo, al igual que los demás del Distrito Durán, tienen una voluntad inmensa para aportar y cumplir con los lineamientos del MAIS en participación social. Su compromiso con la salud de la población y con sus problemas inmediatos se pone a prueba una y otra vez, cotidianamente. El aporte que, fuera de su tiempo laboral o hasta de sus responsabilidades directamente profesionales, es significativo y muy bien visto por la comunidad. Trabajan en instalaciones precarias, estrechas, presionados por la aglomeración de usuarias-os y con mínimo tiempo disponible por paciente, impedidos a llenar una serie de formularios y matrices que consumen su tiempo. En estas condiciones, el desarrollo de actividades extramurales, de contacto con la comunidad, es muy limitado.

Si bien se cuenta con la voluntad del personal de salud y los directivos del Distrito para desarrollar la participación social, esto no es condición suficiente. El personal debe tener la formación mínima necesaria para superar la relación vertical que –en general- predomina en el modelo vertical medicalizado que el MAIS desea dejar atrás. El tiempo del equipo de

salud debe ser suficiente para establecer relaciones que promuevan la actoría social de la comunidad es escaso y, generalmente, se limita a solicitar la colaboración de las personas que forman parte de los comités ciudadanos de salud, en actividades definidas desde otras instancias. El reto mayor que se tiene el Durán es poner en marcha la actoría social.

Por parte de la ciudadanía, las limitaciones para la conformación de los comités se encuentran: i) el desconocimiento de su responsabilidad en el cuidado de la salud; ii) carácter político que parte de la población atribuye a los comités iii) la percepción sobre la necesidad de bonificación o beneficios de atención en salud. Un comité de salud, está llamado a ser una instancia de educación comunitaria y de promoción de salud.

Los compromisos adquiridos en la conformación de los CCLS como la elaboración de planes de trabajo por los equipos de salud se han cumplido como un requisito administrativo pero no dan cuenta de procesos reales de participación social. Los Comités Locales de Salud, para poder desarrollar sus capacidades, requieren al menos: herramientas de educación en salud, y acompañamiento horizontal desde el nivel distrital del MSP, al cual, el Proyecto puede dar apoyo efectivo (los equipos de cada unidad no están en condiciones de hacerlo, por lo antes expuesto).

### Actividades

El MSP, a fines de 2015, propone el desarrollo de la Escuela de Formación de Ciudadanía y Participación Social, con temas y metodología que incide en la toma de conciencia de la actoría social de las personas. En el caso de Durán, es apoyado por el Proyecto y que, puede ser una base muy sólida para promover esa necesaria actoría social ciudadana. Se logró cumplir con los 4 módulos de la propuesta, apoyando a la técnica responsable distrital de Promoción Social, con un resultado propositivo, se cuenta 6 núcleos ciudadanos que desarrollarían Comités Ciudadanos Locales de Salud, y 40 personas que aprobaron la Escuela y que, con adecuado seguimiento, y apoyo externo –adicional- a los equipos de salud de cada unidad, pueden alcanzar mejores niveles de participación en la promoción de salud.

### Productos

- Los sectores del El Recreo 1 y 2 cuentan con núcleos de ciudadanos-as capacitados en la Escuela de Formación de Ciudadanía y Comités Locales de Salud.
- Seis unidades de salud del Distrito Durán tienen núcleos ciudadanos capacitados en la Escuela de Formación de Ciudadanía y Comités Locales de Salud.
- Un grupo de 40 ciudadanas-os está en capacidad de desarrollar participación social en el Distrito.
- Los CLS disponen de la Biblioteca Familiar de Salud, como herramienta para formular planes de acción y fomentar la participación social en sus comunidades.

## 5.1.2 Resultado esperado 2.

Ejecutado programa de educación y comunicación dirigida a individuos, familias y comunidad para promover cambios de hábitos y estilos de vida en relación a los problemas que generan mayor carga de enfermedad, en coordinación con las correspondientes instancias del Circuito.

Actividad programada	Actividades realizadas en 2015
2.1 Realización de encuestas CAP sobre hábitos y estilos de vida de la población	Realización de encuesta CAP sobre prevención del dengue Planificación de encuesta STEP para la medición de factores de riesgo comportamentales y biológicos de ENT
2.2 Fortalecimiento de comités de usuarios de los programas de salud para promover hábitos y estilos de vida saludables	Desarrollo de programa de educación en diabetes a comités de usuarios de personas con diabetes y FR de ENT Desarrollo de programa de apoyo a afectados por tuberculosis por pares para prevención del abandono
2.3 Generación de material de capacitación, Plan difusión para promover cambios de hábitos y estilos de vida y evaluación del procesos y el impacto	Elaboración de biblioteca familiar de la salud Elaboración de fotodocumental y exposición itinerante sobre loncheras saludables Diseño y planificación de estrategia para promover alimentación saludable y actividad física en la comunidad educativa
2.4. Generación de metodología y herramientas sobre promoción de hábitos y estilos saludables en el primer nivel de atención	Desarrollo de programa de educación en diabetes a personas con diabetes y factores de riesgo de ENT Seguimiento a pacientes de TB por pares Campaña de comunicación
2.5. Capacitación al personal del Distrito y organizaciones locales en metodologías y herramientas de promoción de hábitos y estilos saludables	

### **5.1.2.1 Comunicación y movilización social en salud. Desarrollo de herramientas educomunicacionales**

Para el desarrollo de las acciones de comunicación y movilización social se parte de un concepto de comunicación como relacionamiento social y cultural, en donde hombres y mujeres interactúan en prácticas socioculturales. Se enfatiza a la comunicación en el marco de la interacción de sujetos sociales que participan a partir de su realidad para intervenir sobre ella y operar cambios. Es decir, la comunicación social está relacionada con las prácticas culturales, las interacciones sociales, la cotidianidad y las percepción.

Entonces, se trata de compartir información, pero sobre todo de lograr interacción y participación entre los diferentes actores sociales. No se trata de una mera recepción o transferencia de información sino en apropiación, en donde intervienen subjetividades y sensibilidades.

En este sentido, el proyecto en el ámbito de la educomunicación ha generado diversas herramientas, algunas de ellas con información clara, didáctica, sobre temas priorizados, como la Biblioteca Familiar de Salud. Otros más bien, apuntan a estimular la percepción crítica sobre los temas priorizados, la reflexión sobre sus procesos de salud, enfermedad. Por ejemplo, los foto-documentales presentan la cotidianidad, la problemática del tapado de tanques, no da “recetas”, no da “soluciones” pero sí invita a una reflexión e interiorización de la problemática.

La exposición fotográfica itinerante y los foto-documentales son una apuesta a la reflexión colectiva, en familia, presentando la problemática en más de 100 fotografías que impactan sobre la importancia de la prevención del dengue y chikungunya, así como la alimentación saludable, especialmente la lonchera saludable.

La campaña de comunicación social sobre el tapado de tanques, en el marco de la prevención del dengue, chikungunya y zika, es un llamado a la ACCIÓN. Tiene como marco conceptual la estrategia COMBI que plantea la importancia de definir un objetivo conductual claro, preciso, prioritario para la prevención y control de un problema de salud pública, como en el caso del dengue, chikungunya y zika.

En este sentido, la campaña de comunicación social tiene como objetivo llegar con el mensaje de TAPAR LOS TANQUES BAJOS, mediante códigos de comunicación familiares y cercanos, utilizando medios alternativos, muy cercanos a su día a día.

Estas herramientas producidas en el marco del proyecto son un apoyo para los procesos y acciones de educación y participación definidas en el proyecto. Es decir, van ligados y son herramientas de apoyo para talleres, reuniones, procesos educativos, en las escuelas, con comités locales de salud, grupos de autoayuda y otros espacios de educación a la comunidad.

Se trata de lograr la participación y movilización social, sensibilizar, interiorizar conocimientos y prácticas, por diferentes medios y estrategias.

### Principales temas

Estas herramientas educomunicacionales se trabajan para apoyar el logro de los objetivos del proyecto. Se trabajan en los temas priorizados:

- Alimentación saludable
- Ejercicio físico
- Prevención del dengue y chikungunya
- Cambios en estilos de vida para la prevención y tratamiento de la diabetes
- Control y prevención de la tuberculosis

### Biblioteca familiar de salud

Este material es un soporte didáctico para las reuniones y talleres con madres y padres de familia de los centros educativos de estas localidades; así como fuente de consulta para las familias, la comunidad educativa, los líderes locales, los grupos de autoayuda, los comités locales de salud, y quienes hagan educación para la salud en la comunidad.

Contiene 5 CARTILLAS EDUCATIVAS desarrolladas de una manera didáctica, con preguntas y respuestas y con cuadros que remarcan los puntos más importantes de cada tema. Cada folleto concluye con una historieta, que desarrolla cada temática de una manera amena y cotidiana, de acuerdo con la realidad local.

Los temas que incluye la Biblioteca Familiar de Salud son: 1. Alimentación saludable. 2. Actividad física. 3. Prevención del dengue, chikungunya y zika, 4. Diabetes. 5. Tuberculosis.

Se incluye además un recetario que cuenta con varios platos nutritivos que promueven una alimentación equilibrada, sana y con productos naturales y de la zona.



### Fotodocumentales

Se trabajaron 5 documentales sobre tanques bajos, loncheras en las escuelas, historias de vida sobre tuberculosis y diabetes.

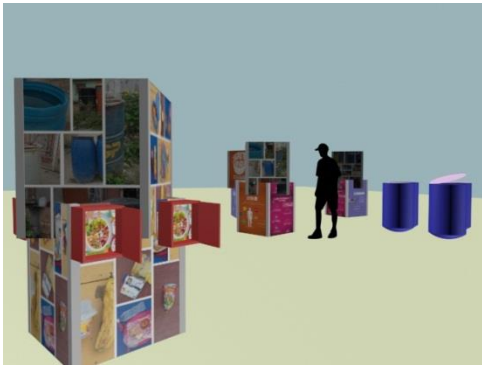
Cada fotodocumental tiene como base más de 100 fotografías sobre los temas definidos. Los fotodocumentales incluyen alrededor de 30 fotografías seleccionadas, en formato digital. Cada fotodocumental tiene un breve texto descriptivo. Tienen una duración de alrededor de 3 minutos.

Se definió trabajar fotodocumentales por el poder comunicacional de la fotografía. Dentro del campo de la salud, existen numerosas experiencias del uso de la fotografía como apoyo para procesos educomunicacionales.

### Exposición fotográfica y educomunicacional itinerante

Se desarrollaron dos exposiciones fotográficas y educomunicacionales, la primera sobre la prevención del dengue, chikungunya y zika con énfasis en la problemática del tapado de tanques y la segunda sobre el tema de la lonchera saludable, privilegiando el consumo de alimentos naturales frente a los procesados o ultraprocesados. Es una propuesta que permite un acceso lúcido a los contenidos para diversos públicos.

El proyecto ha implementado un espacio itinerante que cuenta con recursos museográficos y lúdicos que permitan el mejor entendimiento de los temas propuestos anteriormente. Las fotografías se utilizarán el próximo año en diversas muestras itinerantes.



### Campaña de comunicación social tapa tanques

La campaña de comunicación social “TAPA TANQUES” tiene como objetivo llegar con el mensaje de TAPAR LOS TANQUES BAJOS, mediante códigos de comunicación familiares y cercanos, utilizando medios alternativos, muy cercanos a su día a día

Esta campaña es un llamado a la ACCIÓN sobre el tapado de tanques, se realiza en el marco de la prevención del dengue, chikungunya y zika. Tiene como marco conceptual la estrategia COMBI que plantea la importancia de definir un objetivo conductual claro, preciso, prioritario para la prevención y control de un problema de salud pública, como en el caso del dengue, chikungunya y zika.

Tiene varios medios como los bicibanners con perifoneo, cuña de audio, afiches, human banner, muros pintados, entre otras herramientas.



## 5.2 Según líneas temáticas

El informe de actividades según los dos resultados esperados del proyecto permite hacer seguimiento a los avances en términos del proceso de desarrollo de capacidades en la gestión de promoción de la salud. Hace falta, sin embargo una mirada temática que permita entender el enfoque que el proyecto tuvo para orientar una gestión de promoción de la salud frente a los problemas priorizados (enfermedades crónicas y sus factores de riesgo, tuberculosis, dengue). Según los resultados esperados (RE) el proyecto debía orientar a la “formulación de propuestas de intervenciones” y ejecutar acciones para promover “cambios en hábitos y estilos de vida” frente a unos problemas de salud prioritarios. A continuación



se presentan las acciones detalladas y sus resultados según las líneas temáticas, pero antes algunos aspectos clave de la articulación entre las líneas de acción, actividades y resultados:

- Dos líneas de acción trabajan el tema de cambios en estilos de vida para prevención de las ENT, el enfoque y las herramientas son las mismas, la población objeto se complementa y en algunos casos puede superponerse (personas con ENT / FR de ENT y sus familias y familias de la comunidad educativa). La diferencia está en los mecanismos de llegar a la población (desde las unidades de salud por la detección de personas con ENT/FR de ENT y desde el trabajo con escolares, maestros y otros actores en el ámbito de las escuelas).
- El desarrollo de una estrategia de “educación y comunicación interpersonal para promover hábitos y estilos de vida en alimentación saludable y actividad física”, es un producto que aportará a estos dos abordajes pero también a la línea de acción sobre mejoras en el modelo de atención.
- La aproximación a la familia de niños escolarizados desencadenará procesos de detección de personas con ENT o con FR de ENT cuyo continuum de atención se busca fortalecer con las otras dos líneas de acción (clubes de pacientes y servicios).
- La línea de acción que busca mejorar los procesos de atención de las ENT desde las unidades de salud complementa, por lo tanto los esfuerzos de empoderar a los pacientes y sus familias en los cambios en estilos de vida. El componente de autocuidado va totalmente ligado a las demás mejoras del proceso en las unidades de salud.
- Las acciones de diagnóstico situacional, como el análisis de determinantes y la encuesta STEP son transversales a estas tres primeras líneas de acción. Las evaluaciones de ACIC, PACIC de igual forma son de utilidad para fortalecer capacidades tanto en los clubes de usuarios como en los servicios.
- La estrategia de participación comunitaria para controlar el dengue, si bien está dirigida a un criadero típicamente doméstico, tiene en la escuela un ámbito clave de acción, con respecto a criaderos en el recinto escolar, pero también con respecto al rol del niño en movilizar respuesta en la familia.
- La aproximación al problema del dengue, a través de los tanques bajos tiene relación con las acciones de promoción de agua segura. Si bien en el tema del agua, el proyecto se limitó a abordar la calidad del agua en escuelas, la campaña que busca destacar al tanque bajo como un elemento clave en el hogar, que requiere una mirada distinta (cuidado), ayudará a introducir elementos de desinfección del agua en un ámbito poblacional mayor.
- El tema de tuberculosis aporta al análisis de determinantes y al mapeo de actores, con la aproximación que la estrategia de pares hace a las vulnerabilidades en grupos específicos de población
- Los estudios de ACIC, PACIC y la mirada a los procesos de atención de las ENT encuentra puntos de aproximación con las mejoras en la atención de la TB, más allá de las implicaciones de la comorbilidad diabetes – tuberculosis, que puede ser un problema aún no debidamente evidenciado.
- La biblioteca familiar que hace parte de las estrategias de “educación y comunicación interpersonal” es transversal a todas las líneas temáticas, incluyendo elementos importantes de prevención del dengue y el Chikungunya.

## **5.2.1 Promoción de la alimentación saludable y actividad física en familias con niños y adolescentes escolarizados**

### **5.2.1.1 Descripción la línea de acción**

La población objeto de esta línea de trabajo son las familias de los estudiantes y maestros de las nueve escuelas de los sectores de El Recreo 1 y El Recreo 2.

El trabajo con esta comunidad se orienta en la problemática de la alimentación saludable y la actividad física buscando incidir en diferentes momentos del curso de vida en la génesis de las ENT. Se trata de favorecer experiencias individuales, grupales, familiares y comunitarias que mejoren los hábitos de alimentación y actividad física y fortalezcan las redes interinstitucionales e intersectoriales.

Dos elementos más se introducen en la estrategia en escuelas; por una parte, la provisión de agua segura en el recinto escolar, como requisito para desestimular el consumo de bebidas azucaradas y, en segundo lugar, el control de la infestación de mosquitos en el recinto escolar, dada la importancia que el entorno escolar puede tener en un incremento de la transmisión del dengue y/o chikungunya ante condiciones ambientales y epidemiológicas favorables, así como por la repercusión cultural en la familia y entorno de los-as estudiantes.

### **5.2.1.2 Actividades desarrolladas**

#### Trabajo intersectorial para Promoción en Escuelas

Desde un inicio, este proceso involucra al Gobierno Municipal de Durán, a la Coordinación Zonal 8 (Vigilancia) y ARCSA; y al Distrito Durán de Educación, con quienes se han llevado adelante:

- ✓ Estudio de la Situación de Salud en Escuelas de El Recreo
- ✓ Estudio de Situación de abastecimiento de agua en las escuelas
- ✓ Diseño de estrategia para mejorar abastecimiento de agua en las escuelas
- ✓ Taller Análisis de situación con base en el informe
- ✓ Taller de reconocimiento de percepciones por actores de comunidad educativa de las escuelas de El Recreo
- ✓ Acuerdo para suscripción de Carta Compromiso Distrital sobre Promoción de Salud en escuelas de El Recreo.

El reconocimiento de la situación ha llevado a la planificación de una serie de materiales educomunicacionales sobre los temas de la intervención.

#### Caracterización de la situación de las nueve escuelas de El Recreo

El abordaje comenzó por una caracterización de la situación de las escuelas con un instrumento que incluyó los ejes temáticos de bares escolares y aspectos relacionados de alimentación saludable, agua segura, actividad física y control del dengue. Los principales hallazgos se presentan en el Anexo 4: Situación de la Promoción de Salud en Escuelas de El Recreo. Se destacan los avances en la implementación del reglamento de bares escolares

en las escuelas, la implementación del programa aprendiendo en movimiento y la existencia de brechas en:

- expendio de alimentos ultraprocesados en la periferia de las escuelas,
- predominio de alimentos ultraprocesados en las loncheras,
- consumo de jugos y otras bebidas ultraprocesadas con alto contenido de azúcar y
- cumplimiento de las recomendaciones de la OMS para actividad física en el contexto de las escuelas de Durán.

Con base en el informe y el taller, se trabajó en un proceso que lleve a definir una Estrategia de Promoción en Escuelas, que en una primera fase consiste en un proceso de investigación-acción para profundizar la comprensión de condicionantes y factores asociados con cuatro temas en los que se identificaron brechas.

#### Taller Institucional sobre Estrategia de Promoción de la Salud en Escuelas de El recreo

Después del diagnóstico se realizó una actividad para socializar los hallazgos con la comunidad educativa y profundizar en el análisis de los aspectos priorizados. El objetivo fue definir la gestión intersectorial en una Estrategia Integral de Promoción de la Salud en Escuelas. Durante el taller se presentaron los hallazgos del diagnóstico de situación de las acciones de promoción de la salud. La actividad contó con muy buena participación de distintas instancias del Ministerio de Salud en el Distrito y la Zona, participación de funcionario del Ministerio de Educación y del GAD. Por parte de OPS se hicieron presentaciones sobre el marco de trabajo de cooperación técnica en escuelas, con especial énfasis sobre objetivos del Plan Regional de Reducción de la Obesidad Infantil, estrategias para mejorar la provisión de agua segura y el control del dengue. En los grupos de trabajo se revisaron líneas de acción en los temas de alimentación saludable, actividad física, control del dengue y agua segura. El ejercicio de cada grupo fue recogido para sistematización (Anexo 5) y organización de próximos pasos hacia la estructuración de una intervención integral de promoción de la salud en las escuelas de Durán.

#### Taller exploratorio de actitudes, condicionantes y conocimientos con comunidad educativa

El proceso de construcción de una estrategia para trabajar con la comunidad educativa continuó en el mes de noviembre con un primer taller exploratorio sobre la mirada de estudiantes, padres de familia y profesores a la problemática de la alimentación saludable, el consumo y acceso al agua y la actividad física. El taller contó con participación de los tres tipos de actores de 7 de los 9 establecimientos educativos de El Recreo y un grupo de vendedores ambulantes de diferentes sectores del cantón. Entre los hallazgos se destaca la falta de claridad institucional sobre la responsabilidad de garantizar agua segura y la ausencia de planes al respecto en las escuelas; bajo compromiso en docentes sobre su rol con los temas discutidos; restricciones en las familias frente a las condiciones ideales de alimentación, agua y actividad, bajo nivel de información en madres, el entorno de los barrios limita la actividad física porque es percibido como peligroso por el riesgo de drogas o asaltos; alto nivel de información de estudiantes sobre la necesidad de contar con agua segura, alimentación saludable y actividad física; las formas de asociación de vendedores ambulantes pueden ser un mecanismo de aproximación a este actor clave.

Gestión interinstitucional para diseñar estrategia de mejora en la calidad de agua de las escuelas de Duran y análisis de calidad del agua en las nueve escuelas del sector El Recreo-Durán.

Como elemento clave para promocionar una alimentación saludable en las escuelas y reducir el consumo de bebidas azucaradas y de alto contenido energético, se consideró prioritario desde un comienzo abordar la problemática de la calidad del agua en los 9 establecimientos educativos de El Recreo. Esta actividad que involucró a varias instituciones (Ministerio de Educación MINEDUC, Ministerio de Salud MSP Zonal 8, Agencia de Regulación y Control Sanitario ARCSA, Gobierno Autónomo Descentralizado de Durán GAD, Empresa Municipal de Agua Potable de Durán EMAPAD, Secretaria del Agua SENAGUA, OPS/OMS) incluyó durante el segundo semestre de 2015 las siguientes acciones:

- Reuniones interinstitucionales para definir las líneas estratégicas para mejorar la calidad del agua en unidades educativas del sector El Recreo-Durán, provincia del Guayas.
- Inspección a los sistemas internos de abastecimiento de agua de las 9 unidades educativas fiscales del sector El Recreo-Durán, dando énfasis a las cisternas y tanques elevados de almacenamiento de agua, realizada por el MINEDUC, MSP, OPS.
- Formulación de la estrategia para el mejoramiento de la calidad del agua en las unidades educativas fiscales del sector El Recreo, en acuerdo con MSP, GAD Durán, MINEDUC, OPS.
- Sesión práctica educativa con niños sobre el monitoreo de la contaminación de manos, lavado de manos y observación de pruebas de calidad del agua.
- En un trabajo conjunto de las coordinaciones de educación y salud del Distrito, con el ARCSA y acompañamiento de OPS, el ARCSA adelantó pruebas de campo para el análisis bromatológicos y microbiológicos de la calidad del agua en las 9 escuelas del sector El Recreo.
- De igual forma mediante coordinación con EMAPAD y apoyo técnico de SENAGUA se realizaron análisis físico químicos y bacteriológicos en la red de abastecimiento de agua (sector 2 de Mayo) y en una unidad educativa (Rafael Larrea), y la determinación de la dosificación óptima de hipoclorito de sodio comercial al 5% (punto de quiebre), para la desinfección del agua en las unidades educativas.
- Determinación de la dosificación óptima de hipoclorito de sodio producido por los equipos generadores de cloro del MSP (equipo que está instalado en la Maternidad Oramas González)

Se destacan los siguientes hallazgos:

- Siete de las nueve unidades educativas visitadas se abastece de agua a través de la red pública con conexión a la escuela con una frecuencia de 2 días a la semana por 8 horas diarias, y tres se abastecen mediante el uso de un tanquero o carro cisterna.
- En las unidades educativas no existe una persona ni procesos establecidos para el cuidado y mantenimiento de la provisión y almacenamiento de agua y no se realiza ningún tipo de tratamiento del agua que almacenan en sus cisternas o tanques elevados.

- No se cuenta con registro físico o digital que permita verificar las acciones de mantenimiento de cisternas.
- No se hace control de la seguridad sanitaria de tanqueros, y tampoco control y vigilancia de la calidad del agua que entregan los tanqueros a la población.
- Los estudios de campo realizados por el ARCOSA en las 9 escuelas del sector de El Recreo, determinaron que en 6 de las 9 unidades educativas, el agua contenida en cisternas y suministradas a través de grifos, no cumplía con la Norma INEN NTE 1108 por la presencia de coliformes fecales y la ausencia de cloro residual.
- En investigación de la calidad del agua realizada a nivel de laboratorio por EMAPAD y SENAGUA, con el acompañamiento de MSP y OPS, se concluyó que los parámetros físico químicos investigados, incluyendo el color, cumplían la norma INEN NTE 1108, excepto los parámetros bacteriológicos debido a la presencia de coliformes fecales, corroborando la investigación realizada por ARCOSA.
- Determinación de la concentración y dosificación óptima de hipoclorito de sodio generada por los equipos del MSP: dosis óptima de 1,5 mg/L, teniendo un cloro residual de 0,47 mg/L a los 30 minutos de dosificado.

Mientras se solucione integralmente la infraestructura para el abastecimiento de agua en las escuelas de Durán, en el marco del Proyecto se recomienda una intervención dirigida a la desinfección del agua en los establecimientos educativos. La estrategia debe combinar soluciones operacionales de fácil implementación con un componente educacional e instauración de procesos de mantenimiento, vigilancia y control. La intervención más adecuada a corto plazo consiste en la desinfección del agua en bidones de 20 litros a instalarse en cada grado o salón escolar, con lo cual, al mismo tiempo que se mejora la calidad del agua, se promoverá en los estudiantes la cultura en el cuidado y uso del agua. La propuesta destaca, sin embargo la necesidad de implementar a la mayor brevedad rutinas de mantenimiento con personal específicamente designado, capacitado y supervisado a nivel de cisternas y tanques elevados.

Estrategia de educación y comunicación interpersonal El desarrollo de una “biblioteca familiar” para implementar acciones de educacional con grupos de madres, padres, estudiantes y profesores mediante “lecturas grupales dirigidas” y la difusión de un material de apoyo. El proceso de educacional incluye también la implementación de exposiciones itinerantes sobre el contenido de la lonchera escolar y la difusión en diversos ámbitos de un fotodocumental sobre la lonchera saludable. La educación sobre el uso del etiquetado gráfico de alimentos será tema central en el proceso.

### **5.2.1.3 Resultados**

- El Distrito Durán y la Zona 8, en Salud y Educación, disponen de:
  - Diagnóstico situacional de aspectos de Promoción de la salud en escuelas de El Recreo
  - Diagnóstico de calidad de la agua en las escuelas del sector El Recreo

- Registro preliminar de condicionantes, actitudes y necesidades de capacitación en temas de alimentación saludable y actividad física en actores de la comunidad educativa.
  - Propuesta de estrategia para trabajar con la comunidad educativa las temáticas de alimentación saludable, agua segura, actividad física y control del dengue.
  - Experiencia (en marcha) de proceso de sensibilización con docentes, estudiantes, madres y padres de familia, de escuelas de Durán y grupo de vendedores ambulantes.
- El Distrito Durán y la Zona 8, en Salud y Educación, disponen de una propuesta de acción intersectorial, con varios elementos:
    - Carta de Compromiso interinstitucional para PS en las escuelas, para desarrollar dicha propuesta
    - Conformación de equipo interinstitucional de trabajo en el tema del agua para las 9 escuelas
    - Elaboración de propuesta de programa de mejoramiento de la calidad del agua en las escuelas basado en la desinfección del agua en cisternas, bidones, protocolos de mantenimiento y acciones de sensibilización
- El Distrito Durán y la Zona 8, en Salud y Educación, disponen de Materiales de educación:
    - Biblioteca Familiar de Salud: cartillas de educomunicación para trabajar con las familias de población escolarizada y profesores
    - Revisión y socialización de material práctico para trabajar con profesores y alumnos los temas de alimentación saludable y actividad física.
    - Fotodocumental sobre loncheras saludables
    - Exposición itinerante de fotografía para sensibilización en loncheras saludables.
    - Material gráfico para trabajar en las escuelas sobre el concepto del plato saludable

## **5.2.2 Cambios en estilos de vida para la prevención de las ENT y sus complicaciones**

### ***5.2.2.1 Descripción de la línea de acción***

La necesidad de priorizar una población objeto para este tipo de acciones de promoción llevó, en primera instancia, a desarrollar una línea de trabajo dirigida a las personas con ENT y personas con factores de riesgo cardiometabólicos para estas enfermedades. En consonancia con las guías clínicas internacionales se dispuso que tales intervenciones en

cambios en estilos de vida deberían ser “estructuradas”, es decir deberían ser guiadas profesionalmente y obedecer a un plan de seguimiento.

Los grupos de usuarios en diabetes e HTA se identificaron como principales actores en esta intervención. La priorización de personas con FR obedece a la necesidad de impactar la mortalidad prematura por ENT en los próximos 10 años. La intervención educativa se trabajó con los pacientes, los trabajadores de salud y otros actores, a partir del paciente con ENT o FR, se busca la aproximación al resto del núcleo familiar.

El etiquetado gráfico de alimentos se concibió como una herramienta clave en el proceso educativo. Las intervenciones poblacionales relacionadas con incidir en los determinantes del entorno de Durán, que favorezcan o limiten la actividad física y el acceso y consumo de alimentación saludable, se concibieron como elemento central de la intervención. Por su carácter de intersectorialidad y enfoque poblacional se identificaron como líneas de trabajo claves del proyecto, pendientes en la segunda fase, como se previó desde un inicio.

#### **5.2.2.2 Actividades desarrolladas**

- ✓ Capacitación a profesionales del Salud en MCC, Educación en Diabetes
- ✓ Visita de aprendizaje a Hospital General Puyo
- ✓ Capacitación con clubes de autocuidado
- ✓ Capacitación a promotores del GAD Durán
- ✓ Desarrollo de material educativo para ECNT
- ✓ Casa Abierta sobre prevención de Diabetes en Durán

#### **Planificación de encuesta STEP para la medición de factores de riesgo**

Siendo el cambio en estilos de vida para la prevención de las enfermedades crónicas un tema central de este Proyecto, se decidió realizar una encuesta STEP para la medición de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas. La encuesta STEP desarrollada por la OMS está dirigida a medir poblacionalmente la presencia de los principales factores de riesgo conductuales y biológicos que condicionan las cuatro principales ENT. La realización de una encuesta de estas características en Durán tendría como objetivo generar información probabilística específica de las poblaciones beneficiarias, que permita orientar con mayores elementos las acciones de promoción y prevención. El disponer de datos de prevalencia de las ENT y sus FR a nivel del El Recreo, constituye una herramienta muy fuerte para la gestión en salud pública, la movilización y sensibilización de otros actores y la participación comunitaria. La realización de esta encuesta en Durán despierta además interés a nivel nacional por la oportunidad que las instituciones conozcan la metodología STEP y los procesos relacionados con mira a su posible aplicación para las futuras mediciones nacionales de prevalencia de factores de riesgo que el país deberá realizar en el marco de la vigilancia de las ENT.

La encuesta STEP en Durán se trabajó para emplear en los procesos de captura y procesamiento tecnología usando dispositivos electrónicos móviles, lo que la constituiría en la segunda encuesta STEP en realizarse con esta metodología a nivel mundial y la primera en nuestra Región.

En el proceso de planificación se acordó realizar un STEP tipo 3, lo que significa que incluirá mediciones de glicemia y colesterol en sangre, para establecer prevalencia de diabetes y de dislipidemias en la población.

Durante el año 2015 OPS coordinó con el MSP y el INEC acciones para la planificación de la encuesta. En el período se desarrollaron las siguientes actividades:

- Conformación de un comité interinstitucional con presencia del MSP, INEC, OPS y Universidades
- Diseño y cálculo del tamaño de la muestra
- Adaptación del cuestionario de la encuesta a la población de Durán
- Gestión para disponer de dispositivos electrónicos móviles y la adaptación del software STEP a español y al cuestionario de Ecuador.
- Cálculo de insumos, costos, detalles de planificación, identificación de posibles proveedores y socio local para la contratación de encuestadores
- Elaboración de los documentos de la encuesta:
  - Borrador de Plan de Muestreo
  - Plan de Prueba Piloto
  - Manual del encuestador
  - Manual del supervisor

Debido a demoras en la planificación de la operación de muestreo y preparación de insumos y herramientas informáticas se decidió aplazar la realización de la encuesta para el primer trimestre del 2016.

#### Talleres de educación en diabetes con pacientes de la comunidad de Recreo 1 y Recreo 2

En las intervenciones con los pacientes se trabajaron los siguientes temas : educación en diabetes, podología, actividad física y nutrición. En total se realizaron 12 talleres con los dos grupos de usuarios de las dos unidades. Cada grupo recibió dos talleres de nutrición y uno de cada una de las demás temáticas. En cada una de las intervenciones educativas se realizaron pruebas de glicemia postprandial y en la primera y última actividad se realizó medición de la presión arterial a todos los pacientes.

La participación de los pacientes en los clubes de usuarios coordinados por la Casa de la Diabetes, mostró un incremento paulatino a lo largo de los dos meses. El club de usuarios del El Recreo 1 comenzó con 19 personas en la primera sesión y terminó con 42 en la última de las 6 sesiones. Predominaron siempre las mujeres, que corresponde con el hecho de que hay muchas más mujeres en seguimiento por los servicios tanto en diabetes como en hipertensión. El número de diabéticos por sesión osciló entre 5 y 12 y el número de hipertensos entre 3 y 13 el día de mayor participación. En todas las sesiones participó un número de personas sin ENT que osciló entre 3 y 24 y que corresponde a familiares de pacientes con ENT. Las mediciones de glicemia dejan ver la presencia de pacientes con niveles por encima de 200 mg/dl.



El club de usuarios del El Recreo 2 se mantuvo más estable en cuanto a participación, comenzó con 37 personas en la primera sesión, llegó a tener 69 en la tercera sesión y terminó con 39 en la última de las 6 sesiones. Predominaron marcadamente las mujeres. El número de diabéticos por sesión osciló entre 10 y 27 y el número de hipertensos entre 4 y 29 el día de mayor participación. En todas las sesiones participó un número de personas sin ENT que osciló entre 6 y 26 y que corresponde a familiares de pacientes con ENT. Al igual que en El Recreo 1, las mediciones de glicemia dejan ver la presencia de pacientes con niveles por encima de 200 mg/dl.

En el tema de nutrición, que fue el único que tuvo dos talleres con cada grupo de usuarios, se realizó una evaluación inicial y otra al término del segundo taller, que permitió evidenciar una importante aprendizaje en cinco de los seis aspectos evaluados. En los temas como el número de comidas al día, que alimentos son carbohidratos, proteínas, el consumo de verduras y acerca del plato saludable, los pacientes tenían muy pocos conocimientos al comienzo. Al aplicar la evaluación final se pueden observar los porcentajes en los diferentes temas de alimentación, todos superan el 50% de puntaje total.

Una evaluación semicuantitativa realizada a partir de la percepción del docente sobre el nivel de conocimientos al inicio y al final de cada taller, evidenció una mejoría importante en los conocimientos por parte de los pacientes. Sobre un puntaje total de 55 puntos, los puntajes antes y después dados por los docentes fueron: alimentación (de 11 a 46 puntos), actividad física (de 2 a 34 puntos), cuidados del pie (de 2 a 37 puntos) y educación en diabetes (de 1 a 44 puntos).

#### Capacitación a promotores del GAD Durán

Capacitación al personal técnico del GAD Municipal de Durán sobre aspectos generales de la diabetes, su prevención y manejo.

#### Casa Abierta sobre prevención de Diabetes en Durán

Con el lema “*Actúa para cambiar tu vida hoy, actúa para cambiar el mundo mañana*”, el día 21 de noviembre, en el malecón Abel Gilbert de Durán se realizó la feria de salud por el día Mundial de la Diabetes, actividad que contó con la participación de profesionales de salud de las siguientes unidades operativas Recreo 1, Abel Gilbert, Durán 2, Durán 1, Primavera, Distrito Oramas Gonzales y Recreo 2, y el equipo de salud de la Casa de Diabetes. Esta actividad se coordinó con: la Organización Panamericana de la Salud – OPS/OMS, el Ministerio de Salud Pública, la Municipalidad del Cantón Durán y la Casa de la Diabetes. Además de las acciones de educomunicación, se realizó medición de glicemia, PA y Acl y prácticas de podología.

#### Desarrollo de material educativo sobre prevención y manejo de la diabetes

A partir de la experiencia realizada con los profesionales de la casa de la diabetes y el conocimiento de las características de los clubes de pacientes, se trabajó en material de educomunicación que se describe en resultados.

#### Estrategia de educación y comunicación interpersonal

Como parte de la biblioteca familiar en salud, descrita en la estrategia de promoción con escolares y sus familias, además de los módulos de actividad física y alimentación

saludable, se incluyó un módulo sobre diabetes, dirigido a los pacientes, sus familiares y la población en general. La estrategia de educación y comunicación interpersonal incluyó además el desarrollo de los siguientes materiales para dotación de los clubes de usuarios y unidades de salud:

- Plato inmantado para sesiones prácticas de capacitación sobre alimentación saludable
- Material sobre los cuidados del pie diabético
- Material impreso sobre autocuidado en diabetes

### **5.2.2.3 Productos**

El Distrito dispone de una metodología y ejercicio de planificación para realizar una encuesta STEP sobre factores de riesgo de ENT en 2016

El Distrito dispone de una Estrategia de educación y comunicación interpersonal y materiales educativos para promover cambios en estilos de vida en alimentación saludable y actividad física con pacientes de ENT y sus familias

Los clubes de usuarios de las Unidades de Salud de El Recreo 1 y 2 se han activado con incremento sustancial en sus participantes y han sido fortalecidos con capacitación, metodología y herramientas para continuar el trabajo de educación en diabetes

El Distrito y la Zona 8 han creado lazos de relacionamiento con una institución nacional especializada en educación en diabetes

Gestion y documentos de planificación de Encuesta STEP para su ejecución en 2016  
Los clubes de usuarios de las unidades de salud de El Recreo...

## **5.2.3 Mejoras en la atención de las ENT por los servicios de salud**

El fomento al automanejo, la atención centrada en el paciente, el rol de los recursos comunitarios, las decisiones clínicas basadas en evidencias, son algunos de los elementos del Modelo de Cuidados Crónicos (MCC) cuyo marco conceptual se usó para orientar en Durán las acciones dirigidas a incrementar capacidades en los recursos del primer nivel para los procesos de promoción de la salud en enfermedades crónicas.

Estas capacidades son necesarias para complementar desde los servicios las intervenciones en cambios en estilos de vida que se promuevan con la comunidad. Las importantes brechas existentes en la prestación de servicios en los sectores de El Recreo, evidencian la necesidad de trabajar integralmente todos los componentes del MCC, haciéndose necesario resolver a corto plazo limitaciones en aspectos como el manejo de información clínica y la organización de la atención en los servicios.

Para gestionar mejoras en la atención, el proyecto promovió la metodología de ciclos cortos de mejora (PSDA). La detección oportunista de diabetes, la evaluación del riesgo cardiovascular total, las intervenciones estructuradas en cambio en estilos de vida y la adopción de un enfoque programático sistemático en el manejo de la HTA son intervenciones clave, recomendadas en los marcos de referencia de OPS, que se proponen implementar.

Un primer paso es corregir elementos estructurales y funcionales básicos a los que se refiere el MCC y posteriormente ir implementando mejoras con base en los ciclos cortos. El proceso debe llevar a mejora indicadores de atención relacionado con mejoras en detección, adherencia, prevención de complicaciones.

### **5.2.3.1 Actividades desarrolladas**

#### **Evaluación ACIC**

A mediados del mes de julio se realizó una evaluación ACIC con un total de 34 médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería de las unidades de salud del Distrito y el nivel distrital. La evaluación ACIC analiza se utiliza para ayudar a los Sistemas de Salud en una puesta al día en el manejo de las enfermedades crónicas. Los resultados pueden ser usados para ayudar a los equipos sanitarios a identificar oportunidades de mejora.

En el Distrito de Duran realizaron la evaluación un total de 34 profesionales de 9 unidades de salud y del nivel Distrital. Quienes fueron capacitados en la metodología para futuras evaluaciones. El ejercicio se realizó en grupos de 5 personas cada uno, pero cada participante hizo una evaluación individual. El puntaje de los 7 componentes, sobre un total de 11 puntos estuvo entre 4.7 (Integración de los componentes del modelo) y 6.0 (Organización del sistema de provisión de servicios). La evaluación en un nivel de 5 está por encima de lo que normalmente se encuentra en proyectos de mejora de cuidados crónicos. Se asume que por lo general los equipos tienden a puntuarse por encima de los cuidados que en realidad están dando, mientras se genera un mejor entendimiento del sistema de cuidados crónicos.

25 profesionales hicieron el ejercicio con HTA y 7 con diabetes, siendo semejante los puntajes en los dos grupos. En el grupo 3, conformado por licenciadas de enfermería hubo general puntajes más bajos (entre 3.1 y 4.2) que puede significar un mayor entendimiento de los vacíos en la organización de algunos procesos, aspecto que fue destacado por este grupo durante la discusión. Durante la discusión se hicieron evidentes las brechas importantes en los distintos componentes del modelo.

El déficit de talento humano en el Distrito y las deficiencias en infraestructura plantean grandes desafíos en la atención de las ENT. El uso de recursos comunitarios se ve limitado por deficiencias estructurales en la organización social de los sectores. Al término de la evaluación, los 34 profesionales y el equipo del nivel zonal quedaron sensibilizados y capacitados y con los instrumentos necesarios para repetir a futuro la evaluación en sus unidades de salud y motivados para la participación en el curso de cuidados crónicos.

### Curso sobre el Modelo de Cuidados Crónicos

A finales del mes de julio, con el apoyo del Departamento de Enfermedades no Transmisibles de OPS, se realizó un taller sobre un modelo de atención para organizar un cuidado integrado a las ENT dentro del marco de la atención primaria de salud (APS). La actividad estuvo coordinada por dos expertos internacionales de OPS/OMS y estuvo dirigido a proporcionar una guía sobre cómo planificar y prestar servicios de alta calidad para las personas con ECNT o sus factores de riesgo en Durán y otros distritos de la Zona 8. Para propiciar el intercambio y replicación de experiencias, participaron funcionarios de la Zona 4 del Ministerio de Salud, donde se adelanta un proceso de implementación de los principios propuestos por el MCC. Participaron en el taller las Direcciones del MSP involucradas en el modelo de atención de las ENT (Estrategias de Prevención y Control, Promoción de la Salud, Red de Hospitales, Primer Nivel y Medicamentos). Al inicio del taller se realizó una segunda evaluación ACIC, involucrando esta vez a los demás distritos de la Zona 8 presentes, como punto de partida para analizar las brechas en la atención de las ENT.

Un total de 53 profesionales realizaron el curso de MCC, con asistencia completa y adecuada participación en todo el programa de la actividad. El curso tuvo un total de 16 horas teóricas y 8 horas de trabajo en grupo y terminó con la formulación de 7 proyectos de mejora de la atención de cuidados crónicos.

### Proyectos de mejora y estrategias de diabetes e hipertensión

El curso sobre el MCC concluyó con la elaboración de proyectos de mejora para las distintas unidades de salud participantes utilizando la metodología de ciclos cortos de mejora a aspectos específicos priorizados por cada Unidad. De estos proyectos, 3 se elaboraron para el Distrito de Durán, un proyecto de la coordinación Zonal 8, un proyecto del resto de distritos de la zona 8, un proyecto de las Zona 3 y un proyecto formulado por los participantes del nivel central del MSP.- Cada Grupo elaboró una propuesta preliminar de Proyecto de Mejora de los Cuidados Crónicos, la cual fue comentada por los demás participantes durante la última sesión del Taller

El acompañamiento a los proyectos de mejora se dio en tres momentos: una elaboración en el marco del taller de MCC con expertos internacionales de la OPS/OMS, una evaluación de avances y finalmente, una reformulación para diciembre 2015-marzo 2016.

Por su alta carga de enfermedad y demanda de servicios, los equipos de las unidades de salud priorizaron la diabetes y la hipertensión como temas para los proyectos de mejora de las ENT. En total se formularon 7 proyectos de mejora, de los cuales tres son del distrito de Durán. Otros cuatro proyectos se trabajaron por los participantes de la zona 3, el equipo responsable de ENT de los otros distritos de la zona 8, el equipo de promoción y prevención de la coordinación zonal 8 y el equipo conformado por las cuatro direcciones de planta central del Ministerio. Además de los tres proyectos específicos del Distrito, se considera que los proyectos de nivel central y de la zona 8 son de particular interés para el proceso en Durán.

Durante la discusión de los proyectos se evidenciaron aspectos claves del proceso de atención de la ENT en Durán que son limitantes para una atención acorde a los principios del MCC:

- Condiciones físicas de atención inadecuadas para una atención centrada en el paciente., falta de privacidad en los consultorios.
- Tiempos insuficientes de consulta para una valoración integral de los pacientes crónicos.
- Procesos de información poco funcionales y que implican sobrecarga a los médicos.
- Información poco útil. En ninguna unidad se puede hacer una estratificación básica de los pacientes de diabetes según su estado de control o riesgo (por ejemplo: número de pacientes según riesgo cardiovascular, número de pacientes diabéticos en seguimiento actual, número de diabéticos compensados, etc)
- Ausencia de protocolos estandarizados en procesos como la toma de presión arterial por la enfermera antes de la consulta.
- Ausencia de procedimientos de rutina para evaluación preventiva del pie.
- No aplicación de herramientas sencillas de tamizaje y estratificación, como la escala FINDRISK para tamizaje de personas en riesgo de diabetes o la Evaluación de Riesgo Cardiovascular Total, para priorizar el seguimiento de pacientes con mayor riesgo.
- Falta de claridad y normatividad en roles de personal de enfermería y médicos en procesos relacionados con la atención inicial, seguimiento, autocuidado. Médicos elaborando funciones que podrían ser desarrolladas por otros funcionarios para optimizar el reducido personal médico.
- Problemas con el sistema de agendamiento centralizado de pacientes, para garantizar aspectos de la atención centrada en el paciente, captación oportunista de diabetes e hipertensión, seguimiento, continuum de la atención.
- Limitaciones para acceder a exámenes de laboratorio básicos para atención de las ENT. En todo el Distrito de Durán las Unidades del MSP no pueden realizar la prueba de hemoglobina glicosilada (HbA1c), porque se considera que es de segundo nivel. La hemoglobina glicosilada es un elemento clave para el manejo en el primer nivel de atención. Hay pacientes que no se les realiza HbA1c ni siquiera un vez al año. No acceso a medición de microalbuminuria.
- Hay limitaciones para valoraciones por especialista. La más preocupante es la falta de evaluación de fondo de ojo para descartar retinopatía diabética.
- La prescripción de insulina se autoriza solo a especialistas, de modo que en Durán solo un médico del MSP puede prescribir insulina.
- No hay tampoco disponibilidad de electrocardiograma en las unidades del MSP en el Distrito que podría requerirse en la valoración de un grupo de pacientes hipertensos

Se identificaron aspectos claves a mejorar en la atención de diabetes e hipertensión<sup>7</sup>, que pueden ser trabajados con la metodología de ciclos cortos de mejora en las unidades de salud, pero mucho de los cuales requieren :

---

<sup>7</sup> Según depuración de los datos de pacientes con enfermedades crónicas realizada en el mes de agosto de 2015, en las Unidades de Salud de Durán hay un total de 4.160 personas registradas con HTA y 2.521 personas con diabetes. De acuerdo a una población de aproximadamente 163.000 habitantes de 20 a 74

- Detección oportuna de diabetes e hipertensión basada en enfoques de riesgo y en herramientas de tamizaje recomendadas mundialmente (protocolo de detección oportunista de diabetes del MSP- Ecuador (basado en encuesta FINDRISK).
- Detección y manejo oportuno de complicaciones
  - corregir limitaciones de laboratorio (HgAc1, microalbuminuria)
  - solucionar procesos de evaluación por especialistas, como el uso de cámaras retinales no midriáticas para tamizaje de retinopatía
  - instaurar procesos en la rutina para evaluación preventiva del pie
- Mejorar los procesos y herramientas de información clínica que favorezca la estratificación de riesgos, el continuum de la atención, el trabajo en equipo, la detección precoz de complicaciones
- Introducir herramientas y procesos para la estratificación del riesgo y manejo según el riesgo: Estrategia de Evaluación de riesgo cardiovascular total
- Implementar recomendaciones y guías clínicas basadas en evidencia: HbA1c,
- Corregir aspectos de la organización interna de los servicios que favorezcan la atención centrada en el paciente : condiciones y tiempos de consultas, agentamiento basado en la estratificación de riesgos
- Organizar los roles del equipo (enfermera, auxiliar, nutricionista, trabajadora social, médico).

El proyecto de mejora de las Unidades de salud de El Recreo 1 y 2 fue reformulado nuevamente en el mes de noviembre definiendo como objetivo : *Clasificar a todos los pacientes diabéticos que consultan durante enero a marzo 2016 según nivel de riesgo y definir un plan de seguimiento diferenciado que contribuya a lograr las metas de control*". Se definieron mejor los cuellos de botella a corregir del proceso de atención. La no disponibilidad de HbA1c se consideró como barrera a solucionar, así como la falta de tiempo en la consulta. La implementación del sistema de información clínica en uso en el Puyo hizo parte también de las medidas a instaurar.

Al término del año, a partir del grupo de profesionales que participaron se inició la conformación de una "comunidad de práctica" virtual, en la plataforma del observatorio de cuidados crónicos de la OPS que servirá de medio de intercambio y apoyo a la experiencias de mejora. El acompañamiento durante 2015 permitió de igual forma identificar limitaciones y fallas en los procesos de atención de diabetes e HTA y la formulación de acciones prioritarias en estos dos temas.

#### Capacitación para educación en ECNT y diabetes

Los talleres dirigidos para profesionales de salud estuvieron orientados a transferir conocimientos para un proceso integral de educación al paciente con ENCT y diabetes. Las

---

años, y una prevalencia de diabetes de 6% (IDF Diabetes Atlas: Global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030), en el Distrito podrían haber aproximadamente 9.600 personas con diabetes; mientras que el número total de hipertensos podría ser de 24.000 si se aplica una prevalencia de 15% a la población de 20 a 74.

capacitación toma aspectos básicos y nuevos para el personal, como son: asesoramiento al paciente en alimentación saludable, diabetes, autocontrol, podología, actividad física y nutrición.

Aspectos de esta capacitación se replican en todos los Distrito de la Zona 8 y ponen en escena asuntos no tenidos en cuenta, como es la importancia del cuidado de los pies en las personas con diabetes; esta réplica se dio en casas abiertas en todos los distritos y en la Casa Abierta del 20 de Noviembre, en Durán. Cada taller se realizó siguiendo una metodología teórica – práctica. En todos los temas de capacitación se realizaron ejercicios en los cuales los profesionales de salud debían aplicar los conocimientos recibidos en el taller, cada actividad se hicieron en grupos de trabajo los mismos que se exponían para su posterior evaluación. En total se realizaron 6 talleres, con una duración total de 28 horas.

Durante los 6 talleres realizados con profesionales de la salud se logró compartir conocimientos con un total de 35 profesionales, siendo 23 médicos y el resto distribuidos entre licenciadas de enfermería, auxiliares de enfermería, obstetrix, psicólogo y funcionarios del nivel zonal. Se destaca como debilidad el bajo número de licenciadas de enfermería que participó (3 en el taller de mayor asistencia), lo que resalta la necesidad de trabajar más en organizar los roles del equipo. En el tema del autocuidado, aspecto central de esta capacitación, las licenciadas de enfermería deberían tener un rol principal. El tema de la organización de los roles del equipo también se señaló cuando se trabajó el modelo de atención. Una evaluación inicial de 11 preguntas sobre aspectos generales de las ENT evidenció un promedio de nivel de conocimiento de 53 puntos / 100.

La valoración final, fue más dirigida a las temáticas tratadas durante los 6 talleres, impidiendo una comparación con el pre test y evidenciando un nivel “medio” de conocimientos. La puntuación en promedio de los 34 profesionales de salud que realizaron la evaluación final fue de 25,9 / 100 puntos , lo que destaca la necesidad de mantener un proceso continuo de capacitación mientras se desarrollan capacidades y rutinas que con la práctica consoliden los conocimientos.

Como conclusión del proceso en 2015 los 35 profesionales, en grupos, deberán elaborar propuestas de proyectos de aplicación de educación en diabetes en sus usuarios en sus unidades de salud, los cuales serán discutidos en sesión conjunta en el mes de diciembre.

#### Acompañamiento a actividades extramurales de los equipos de salud de la familia

En el marco del proceso de recopilación de información para el análisis de determinantes sociales, se acompañaron actividades extramurales de promoción de la salud en el Recreo 1 y 2, lo que permitió identificar aspectos importantes del modelo de trabajo con las familias.....

#### Pasantía por la experiencia del Puyo en manejo de enfermedades crónicas

Permite que un grupo de funcionarios, sobre todo tomadores de decisiones, del Distrito Durán y de la Zona 8, con acompañamiento de OPS y KOICA, reconozcan el avance del modelo de cuidados crónicos en Puyo, donde el Hospital General del MSP lo tiene implementado desde hace 20 años. Durante la pasantía

### Evaluación PACIC

Se aplica esta evaluación a un grupo de unidades de salud, seleccionando a pacientes crónicos, a pesar de que esta actividad, técnicamente, es mejor aplicarla una vez que se ha comenzado a aplicar el Modelo de Cuidados crónicos. Se todas formas, se cuenta con una evaluación de base en este tema

#### **5.2.3.2 Productos**

- 
- El Distrito 09D24 y la Zona 8 Salud, cuentan con personal de salud motivado para mejoramiento de la atención de ECNT. La capacitación en el Proyecto y la visita de intercambio al Puyo, identifican mejor las posibilidades de avance en medio de las restricciones para implantar un modelo de atención en crónicas.
- Distrito Durán y otros Distritos de Zona 8 Salud, disponen de planes de mejoramiento de la atención de ECNT, en marcha.
- El Distrito 09D24 y la Zona 8 Salud, disponen de personal capacitado en mecanismo de Evaluación ACIC
- El Distrito Durán dispone de una LINEA DE BASE ACIC, la misma que permite futuras y periódicas mediciones para reconocer los posibles avances.
- El Distrito Durán dispone de una LINEA DE BASE PACIC
- El Distrito y la Zona 8 han creado lazos de trabajo conjunto y relacionamiento con instancias del MSP de la Zona 3 con experiencia en el modelo de cuidados crónicos y atención e diabetes
- Las unidades de salud disponen de herramientas para laborar planes de educación en diabetes
- La Zona 8 y el Distrito 09D24 disponen de un Plan de Capacitación multimodal permanente y en servicio en ECNT, compuesto por actividades coordinadas desde el Proyecto:
  - o talleres especializados
  - o talleres de gestión
  - o capacitación on line HTA, y
  - o seguimiento virtual personalizado mediante la Comunidad de Práctica en web OPS/OMS.

### **5.2.4 Movilización social para la prevención del dengue y el chikungunya**

#### **5.2.4.1 Descripción de la línea de acción**

La prevención de la transmisión del dengue es una prioridad en salud pública en Durán donde existen todas las condiciones climáticas y ambientales para la infestación por el vector y población susceptible de desarrollar dengue o dengue grave.



La introducción del virus de la fiebre por chikungunya, en diciembre de 2014, en Ecuador y la reciente introducción del virus zika, en 2015 en Suramérica, frente a los cuales la mayoría de la población de Durán es susceptible, plantean la necesidad de intensificar esfuerzos para reducir la infestación por el *Aedes aegypti* en el Distrito.

La estrategia promovida por la OMS y algunas experiencias en Asia y Sudamérica plantea que aunque pueden haber muchos tipos de reservorios que son criaderos de *A. aegypti*, normalmente algún tipo de criadero, los que almacenan grandes volúmenes de agua son los que determinan la mayor producción de mosquitos adultos. Intervenciones dirigidas específicamente a los criaderos más productivos serían más costos efectivos, que acciones tradicionales que llaman a la población a controlar todos los posibles criaderos.

Con el objeto de promover tal enfoque la OMS ha desarrollado una metodología para medir la producción de criaderos basada en el conteo de pupas. En Durán, como en la mayor parte de la costa ecuatoriana, se presume que los tanques bajos sean el criadero que determine la mayor infestación. El proyecto ha promovido acciones dirigidas a documentar la importancia de los tanques bajos en el Distrito y a implementar acciones de control con participación comunitaria específicamente dirigidas a este tipo de criadero.

#### **5.2.4.2 Actividades desarrolladas**

##### **Encuesta CAP sobre control del dengue**

Se realizaron en total 404 encuestas en población de los sectores de El Recreo 1 y El Recreo 2. Los hallazgos evidencian en primera lugar la gran afectación por el problema del abastecimiento de agua y la necesidad que una alta proporción de la población tiene por almacenar agua. El predominio de los tanques bajos como el tipo de depósito utilizado por la mitad de las familias en Durán destaca la importancia de una intervención que haga especial énfasis en este tipo de reservorio.

El hallazgo de que solo 19% de los encuestados refirieron que el mensaje que más recuerdan de las acciones de comunicación es el de “tapar bien los tanques de agua y la importancia del uso de abate en los tanques”, refuerza en particular la orientación de la línea de trabajo propuesta por el Proyecto. Otros hallazgos complementan el diseño de la estrategia de comunicación, como el hecho de que 51,3% de los encuestados respondieron que realizan limpieza de sus tanques de agua con una frecuencia mayor a una semana, la elevada tasa de alfabetismo reportada en la encuesta y la elevada aceptación del uso del temephos (87%).

Los resultados de la encuesta, complementados con los estudios entomológicos orientaron el diseño de una estrategia de comunicación social que incorpora los conceptos de la estrategia COMBI.

- Estudios de producción de criaderos de mosquitos

El equipo de control de vectores distrital, con la orientación de OPS implementó la metodología para medición de producción de criaderos recomendada por la OMS para determinar el índice pupal de *A. aegypti* por tipo de recipientes. Los estudios se realizaron en dos áreas del sector El Recreo y en otro sector del Distrito.

Los resultados preliminares apoyan la estrategia de focalizar la prevención del dengue con el tapado de tanques bajos. La metodología implementada permite además registrar, de una forma objetiva, el nivel de infestación por *A. aegypti*, que puede servir de proxy de las densidades de mosquitos adultos, y por lo tanto constituirse en una medida más eficiente para monitorear de mejor forma las variaciones temporales y espaciales del riesgo de transmisión de las arbovirosis relacionadas (dengue, chik, zica). El equipo de control de vectores del Distrito se empoderó de la metodología con miras a continuar su implementación en la rutina, como complemento a los índices aedicos tradicionales (índice de Bretau , índice de vivienda, índice de depósito).

Entre los principales hallazgos se destacan:

- Baja infestación por formas inmaduras de *A. aegypti* en los dos sectores estudiados. El nivel de infestación es bajo comparado con registros de otros países usando metodología similar
- A pesar de la baja infestación en la época de la medición, la metodología de medición de producción permitió documentar la importancia de los tanques bajos como reservorio que aporta el 90% de los mosquitos
- La incriminación del tanque bajo como principal reservorio productor de pupas destaca la importancia de una estrategia integral de intervención dirigida al control de dicho reservorio,
- El tapado de los tanques con tapas que permitan cubrir adecuadamente el tanque y la adopción de conductas de tapar el tanque cada vez que se destape, pueden ser una estrategia de intervención clave en las cooperativas del Distrito de Durán.
- La metodología de medición de producción de criaderos, recomendada por la OMS es de fácil implementación y viable a nivel operativo. Se considera pertinente continuar ensayando su uso en otros sectores del Distrito y en los mismos sectores en condiciones de mayor infestación para obtener resultados más conclusivos.

- Estrategia de comunicación para el control de los tanques bajos como criadero del dengue

A partir de los hallazgos de la encuesta CAP y de los estudios entomológicos, se diseñó una estrategia integral de comunicación para apoyar el control del dengue, con especial enfoque en la gestión de los tanques bajos. La estrategia está orientada a generar cambios de comportamiento relacionados con el tapado, cepillado y recambio de agua, así como la optimización de los insecticidas usados para el control de larvas. La enfoque busca

destacar la importancia del tanque como criadero y generar una actitud de la familia frente a este para mantenerlo libre de mosquitos. De igual forma la estrategia promueve la búsqueda de soluciones de tapado mediante alianzas interinstitucionales y recursos comunitarios. La intervención incluye los siguientes elementos:

- Foto-documental sobre el control de los tanques bajos a ser difundido en diferente escenarios del Cantón
- Exposición museográfica itinerante y/o permanente sobre el control de tanques bajos a ser presentada en escuelas, instituciones públicas, espacios públicos en el Cantón.
- Un módulo de la Biblioteca Familiar de salud para ser usado mediante lecturas guiadas y participativas dentro de la comunidad, las escuelas y los servicios de salud
- Una campaña masiva de comunicación, dirigida al tapado y cepillado de los tanques bajos que difunde información precisa para cambios conductuales y recurre a métodos novedosos de comunicación utilizando recursos comunes del contexto local con un mensaje único: **“tapa el tanque”** (bici banners, involucramiento de los tanqueros, cuña radial, murales, vayas informativas)

Gestión con otros actores sociales, tales como universidades y empresas privadas, para la búsqueda de soluciones al tapado de tanques bajos

Se inicia un proceso de gestión intersectorial con la academia y con la empresa privada para la búsqueda de soluciones sostenibles para el tapado de tanques bajos. Una primera aproximación con la academia se hizo con la Universidad de Guayaquil buscando involucrar a otras disciplinas sociales y de diseño en la problemática del dengue. De igual forma se adelantaron contactos con un empresa productora de plásticos, presente en Duran para explorar alternativas innovadoras y de producción sostenible que involucren a la comunidad.

#### **5.2.4.3 Productos**

- El Distrito Durán y la Zona 8 Salud, disponen de un estudio CAP sobre dengue y chikungunya en El Recreo para orientar intervenciones pertinentes. Constituye una LINEA DE BASE para futuras intervenciones.
- El Distrito Durán y la Zona 8 disponen de una LINEA DE BASE para seguir midiendo, de forma mucho más certera, los sitios de reproducción de *Aedes Aegypti* que la población debe controlar y que las campañas institucionales deben impulsar.
- El Distrito dispone de un equipo que conoce y ha trabajado la metodología para estudio de productividad de criaderos
- El Distrito Durán y la Zona 8 Salud disponen de una estrategia integral de comunicación para sensibilización colectiva con: foto-documental, exposición itinerante de fotos y Biblioteca Familiar de Salud, que incluye cartilla informativa.

## **5.2.5 Control de tuberculosis con participación comunitaria y enfoque intersectorial**

### ***5.2.5.1 Descripción de la línea de acción***

La estrategia post 2015 “Fin de la TB”, que la OMS lanzó en 2015, contempla un enfoque social en el manejo de la tuberculosis, como uno de sus tres pilares, lo que incluye un fuerte componente en la promoción de la salud para la prevención de esta enfermedad, con la conformación y empoderamiento de organizaciones de personas afectadas por tuberculosis.

El abordaje del problema de tuberculosis en Durán en el marco de este proyecto, se dirige a atender los dos resultados principales que, en cualquier nivel, deben ser el objeto de los programas de control: mejorar la detección de casos y garantizar el éxito del tratamiento, dos aspectos en lo que se identificó la existencia de importantes brechas en Durán.

Se gestiona un proceso de participación comunitaria, articulado a los servicios de salud y especialmente dirigido a evitar el abandono del tratamiento en pacientes en riesgo. Son, en esencia, acciones de prevención secundaria (y primaria en la medida que se busca afectar la cadena de transmisión de la TB sensible y TB DR), se considera un alta contribución al proceso de promoción de la salud en Durán en la medida que permite destacar dos elementos esenciales:

- i) el reconocimiento de vulnerabilidades dadas por importantes determinantes sociales en este grupo de población, y
- ii) una experiencia práctica de trabajo entre pares.

En 2015, además de los beneficios logrados en prevenir abandono e interrupciones del tratamiento, busca visibilizar la gravedad de un problema que requiere un abordaje intersectorial, que, si no se atiende de esta forma, constituirá uno de los mayores desafíos del control de enfermedades transmisibles en el Ecuador en la próxima década.

### ***5.2.5.2 Actividades desarrolladas***

**Diagnóstico de situación del programa de TB en Durán.**- El objetivo del diagnóstico de la situación de TB en el distrito Durán fue realizar un análisis epidemiológico para establecer una línea de base y plantear una propuesta de mejoramiento en la detección de casos de TB. Se realizó visitas observacionales a todos los establecimientos de salud del Distrito; entrevistas al personal de salud y usuarios; revisión del sistema de información; mapeo de los laboratorios y medición de temperatura ambiental y de los lugares de almacenamiento de los medicamentos anti TB.

Entre los principales hallazgos están: baja detección de SR, alto porcentaje de casos diagnosticados con BK+, lo que indica alta transmisión en la comunidad; casos de TB en personal de Salud, con un pobre o insuficiente control de infecciones; tasa de éxito de tratamiento inferior al promedio del país, a expensas de pacientes que abandonan el

tratamiento; lugares de almacenamiento de los medicamentos expuestos a altas temperaturas y humedad, inadecuada distribución de los laboratorios que procesan la muestras; el personal de salud no pregunta por SR en todos los consultantes; el sistema de agendamiento por call center se convirtió en una barrera de acceso.

**Análisis de fallos en los procesos de detección de casos de TB en Unidades de salud de Durán.-** conjuntamente con el diagnóstico de situación, se efectuó el estudio tipo AMFE en el Distrito; para esto se realizó una encuesta y visita observacional al personal de los establecimientos de salud en el momento de sus actividades cotidianas, con el objetivo de visualizar en que momento se presentan las fallas en la detección de sintomáticos respiratorios que son el punto de partida para la detección de casos de tuberculosis. Los resultados obtenidos evidenciaron los lugares y momentos donde se estaba perdiendo la oportunidad de captación.

**Implementación de acciones de seguimiento a pacientes en tratamiento en riesgo de abandono con pares.-** con la Asociación Martha Gutiérrez se ha logrado realizar seguimiento con abordaje de pares a afectados que por diversos motivos se encontraban en riesgo de abandonar el tratamiento. El seguimiento con expacientes que culminaron su tratamiento exitosamente permite compartir las experiencias e historias de vida con los pacientes actuales y gestionar medidas para evitar la interrupción del tratamiento. En algunos casos los pacientes actuales pueden, a su vez, sumarse a este grupo de expacientes para continuar esta labor de evitar que otros afectados abandonen el tratamiento con las consecuencias que esto conlleva.

- Visitas Domiciliarias Las visitas domiciliarias se realizan a afectados en tratamiento en Durán o enfermos que han abandonado tratamiento (educación entre pares, seguimiento a dificultados en el tratamiento, identificación de afectados en riesgo de abandono, identificación de SR, seguimiento de contactos). La Asociación realizó un total de 165 visitas domiciliarias, a **97** enfermos de tuberculosis: 87 TB sensible y 10 TB DR. Durante las visitas se realizaron las siguientes acciones: educación entre pares, seguimiento de interrupciones de tratamiento, identificación de afectados en riesgo de abandono, identificación de SR y seguimiento de contactos.
- Visitas Psicológicas: Esta actividad forma parte de la Red de Soporte Social, que se priorizan para los enfermos que se encuentran en riesgo de abandono. Son visitas a profundidad realizadas por una psicóloga especialista con experiencia en tuberculosis. Durante los dos meses de presencia en el Distrito, la Asociación realizó un total de 47 visitas psicológicas. Se realizaron 34 Visitas Psicológicas a 30 afectados TB-Sensible/ 4 visitas son seguimiento y un total de 13 Visitas Psicológicas a 12 afectados TB-DR/ 1 visita fue seguimiento
- Apoyo Nutricional: El aporte nutricional se entregó a 13 afectados que tuvieron riesgo de abandono con desnutrición, verificando que no tienen recursos para adquirir la alimentación básica. La selección se hizo con el personal de salud, con la Asociación y el apoyo de las visitas psicológicas

- Estudio de contactos:  
Se visitaron 97 casos índice, se censaron y realizó seguimiento a 316 contactos identificándose a 11 SR (3.5%), de este grupo de SR 8 son mayores de 15 años y 3 menores de 5 años. De los 8 SR mayores de 15 años a 7 (88%) se realizó examen de esputo BAAR, gestión para esputo inducido en los niños.

Los resultados del seguimiento de pacientes por parte de expacientes fueron:

Detección de pacientes en riesgo de abandono y pacientes irregulares: Del total de pacientes de TB del Distrito (135), mediante el uso del instrumento de clasificación de riesgo de abandono, se identificaron en octubre 27 pacientes en riesgo, y en noviembre se detectaron 12 más; en total 39 pacientes en riesgo de abandono. De este total, 17 pacientes eran irregulares en la toma del tratamiento (14 de TB sensible y 3 de TB MDR).

Caracterización de paciente según factores de riesgo de abandono en Durán: Los pacientes en riesgo de abandono acompañados durante la intervención pertenecen a las 9 unidades de salud. Duran 2 es la unidad con mayor número de casos en riesgo de abandono (14 pacientes) seguido por El Recreo 1 y El Recreo 2 con 8 pacientes cada una (5 de los cuales son MDR y pertenecen al Recreo 2). Además de la irregularidad, que estuvo presente en 37% de los casos en riesgo de abandono del tratamiento, se identificaron otros factores de riesgo (solos o en combinación) que inciden en la adherencia al tratamiento, estos fueron: falta de apoyo familiar (51%), trastorno mental (53%), pobreza extrema (37%), reacciones adversas a los medicamentos (27%) y la coinfección con VIH (25%).

En este período se inició la aplicación de encuestas para identificar algunos determinantes sociales en tuberculosis; se alcanzó a encuestar 26 afectados por tuberculosis; en los resultados preliminares se encontró que 12 personas viven en hacinamiento (más de dos personas por habitación para dormir); 7 personas en pobreza (ingreso entre USD\$ 44 – 79 mensual); 8 personas en extrema pobreza (ingreso menor a USD\$ 44 mensual) y 11 personas con un ingreso mayor a 80 dólares.

Prevención de irregularidad y de abandono: Durante los meses de octubre y noviembre se identificaron 17 pacientes con irregularidad de tratamiento; con las estrategias educativas y el apoyo implementado se logró que 12 pacientes dejaran de ser irregulares (71%). De los cinco afectados que no se lograron recuperar, 1 caso continua con interrupción de tratamiento, 1 caso viajó a otra ciudad y 3 actualmente están en proceso de reincorporación a la unidad de salud, ya entregaron las muestras de esputo para cultivos y se esperan los resultados para presentarlos al Comité Técnico MDR del MSP quienes decidirán la continuación del tratamiento.

En los meses de octubre y noviembre se identificaron a 39 pacientes en riesgo de abandono, de los cuales 34 (87%) continúan el tratamiento ya en forma regular y 5 (13%) no lo hicieron (4 abandonaron y 1 sigue irregular)

**Capacitación a trabajadores de salud en prevención de estigma y discriminación en tuberculosis.-** se abordó temas como la prevención de estigma y discriminación que parte en su gran mayoría desde los prestadores de salud; el personal de salud recibió capacitación y fue sensibilizado para apoyar las personas que padecen esta enfermedad y que sienten discriminación cuando acuden los servicios de salud. Además que se fortalece el seguimiento a los afectados en la comunidad, adecuando el servicio a la necesidad del afectado. El taller contó con la participación de 22 personas vinculadas a la atención directa en TB, aspecto que fue una fortaleza. En su mayoría los participantes fueron mujeres. Se considera que se logró el objetivo de sensibilizar al equipo y poner bases para abrir un debate horizontal sobre la discriminación en tuberculosis en la sociedad y en los servicios de salud, que sirva para mejorar el manejo, evitar los abandonos e impactar la transmisión de la TB en Durán

**Capacitación con personas afectadas por TB para autocuidado.-** se trabajó intensamente en autocuidado del afectado, a través de capacitación en las características de la enfermedad, promoción de la salud para mejorar estilos de vida que inciden directamente en la predisposición para contraer o desarrollar la enfermedad. Se profundizó también en el conocimiento de los derechos y responsabilidades que tienen como personas y como usuarios de los servicios de salud.

La evaluación sobre estigma y discriminación con los pacientes muestra la pertinencia de abordar el tema. Hay un predominio de percepción de haber sufrido discriminación en los centros de salud y en la familia (7 personas). El miedo al contagio y la falta de información son las razones que los afectados de TB creen que las personas tienen para discriminar. Es necesario continuar con estos procesos de trabajo colectivo para tratar temas como la discriminación, el estigma y los derechos de los pacientes. La exigibilidad de derechos suele producir cambios sustanciales en las instituciones y en la sociedad.

#### **Abogacía con equipos del MSP y otros actores**

Se realizaron reuniones con funcionarios del municipio de Durán y los equipos de salud donde la Asociación expuso los objetivos, las actividades centrales y la metodología de trabajo con los servicios de salud con miras a motivar y promover la estrategia de seguimiento por pares con gestión intersectorial.

Se destacan entre otros los siguientes desafíos para la implementación de la estrategia de seguimiento de pacientes con pares:

- En la mayoría de unidades el personal de salud se da apertura a los promotores expacientes, siempre y cuando la actitud de los promotores sea únicamente colaborativa, sin embargo cuando se ponen en evidencia dificultades o errores en aspectos programáticos hay resistencia. Se evidenciaron también actitudes por el personal de salud que generan desconfianza y el temor de los enfermos para acudir a los servicios de salud y para hablar libremente con la Asociación
- Los afectados no conocen sus derechos y no conocen aspectos básicos de su tratamiento.

- Falta de disposición para el trabajo con el importante recurso comunitario que son los ex pacientes de TB. En algunas unidades hubo un evidente mal trato a los promotores de la asociación , sin valorar el apoyo decisivo que brindan.
- Se observa que en algunos casos no se cumplen las normas del programa: observación de la toma del tratamiento, tratamiento de las reacciones adversas, consultas mensuales, exámenes según el tipo de tuberculosis, llenado inmediato de las tarjetas de tratamiento, entre otros.

### **5.2.5.3 Productos**

En el Distrito de Durán se logró evitar la interrupción del tratamiento en pacientes en riesgo de abandono.

El Distrito de Durán dispone de una metodología y un socio estratégico para evitar el abandono mediante el seguimiento de pacientes por pares

El Distrito de Durán dispone de una forma de identificar los pacientes con tuberculosis en riesgo de abandono, en las 9 unidades de salud y cuenta con información sobre factores relacionados con el riesgo de abandono.

El Distrito de Durán cuenta con profesionales de la salud sensibilizados sobre aspectos del estigma y discriminación en pacientes con tuberculosis.

El Distrito de Durán cuenta con personas entre los pacientes de tuberculosis en tratamiento sensibilizados y capacitados para trabajar como pares en el seguimiento de otros pacientes.

El Distrito dispone de información sobre condiciones de estigma y discriminación que le permitan orientar mejoras en los servicios

#### **Desarrollo de material educomunicacional**

- Boletín informativo “Nuestras Voces”
- Tríptico de testimonios de afectados
- Reproducción de “Carta del paciente”
- Adicionalmente la Asociación reconstruyó la página Web según fue la propuesta y cuenta con información actualizada del trabajo.

## **6 LECCIONES APRENDIDAS /CONCLUSIONES PRELIMINARES**

- El diagnóstico inicial y la ejecución de la primera fase del Proyecto, evidencian las precarias condiciones en las que vive y se desenvuelve la población de Durán y de manera particular la del El Recreo.
- Las necesidades de salud pública en el Cantón Duran, los determinantes presentes en su población y la complejidad del abordaje en salud pública y en promoción de la salud para los sectores de El Recreo, resaltan la importancia del marco de cooperación y gestión intersectorial que este Proyecto ha buscado impulsar y lo acertado de la



selección de esta población como objeto de este esfuerzo de cooperación entre el Ministerio de Salud, KOICA y la OPS.

- Pese a los esfuerzos del Estado: MSP, GAD otras entidades públicas y privadas, el acceso a servicios básicos y de salud por parte de la población del Distrito y del Circuito es limitado y es limitada la capacidad del sistema público de salud para aplicar el modelo MAIS.
- Debe destacarse el gran valor de la gestión diaria de trabajadores de salud y otros servidores en las unidades de salud de El Recreo y otras instancias del Distrito, gestionando día a día, bajo condiciones difíciles de trabajo, la respuesta a una gran demanda de necesidades en salud.
- A pesar de la alta carga de trabajo de los equipos de salud y del corto tiempo de ejecución del proyecto, los equipos respondieron con interés, dedicación de tiempo y esfuerzo, evidenciando el compromiso y apertura por mejorar las condiciones de vida de la comunidad a su cargo.
- La búsqueda de soluciones a la brecha de talento humano en los Centros de salud de El Recreo 1 y 2 y en el Distrito es una condición previa para la implementación exitosa del MAIS y para el desarrollo de procesos sostenibles de promoción de la salud que demandan una gran dedicación de los equipos.
- Una significativa presencia en Durán de actores institucionales con quienes se pueden adelantar procesos de promoción de la salud y en quienes predominó una actitud positiva y disposición para la gestión coordinada en este tema. La corresponsabilidad implícita en las acciones de promoción de la salud encuentra alternativas concretas en Durán.
- Fue posible generar articulación entre actores del sector social en torno a problemáticas y la búsqueda de soluciones concretas. La estrategia de promoción de salud en las 9 escuelas de El Recreo fue un ejemplo de gestión conjunta que debe mantenerse.
- En los actores comunitarios, población general, pacientes y en funcionarios públicos de distintos sectores se hizo evidente una alta receptividad, necesidad de información e interés por incorporar conocimientos, lo que representa un elemento clave para el trabajo futuro en educación en salud.
- Existencia de nudos críticos en el modelo de prestación de los servicios cuyas soluciones no dependen de los niveles locales y deben ser gestionadas con el nivel zonal y central del MSP: tiempo de consulta, diligenciamiento de información por los médicos, limitaciones de laboratorio en aspectos básicos (hemoglobina glicosilada) para primer nivel, agendamiento centralizado nacional y metas de cumplimiento cuantitativas que no favorecen reorientar procesos en búsqueda de la calidad que se requiere en la gestión de promoción.

- Los comités ciudadanos locales de salud de Duran tienen un gran potencial para la promoción de la salud de la comunidad pero deben tener un mayor acompañamiento por parte de instancias distritales, de forma que se apoye y complementen la labor de los equipos de las unidades operativas.
- El acompañamiento a los comités ciudadanos locales de salud de Duran debe centrarse en las necesidades de promoción de salud de la comunidad y debe hacer en torno a problemáticas concretas de salud que les permita interactuar en su comunidad y ser partícipes de soluciones concretas.
- Los comités ciudadanos locales de salud requieren capacitación continuada y herramientas adecuadas a los niveles de instrucción de la comunidad.
- La brecha tan importante en recurso humano y alta carga de los equipos de salud resalta la necesidad adelantar ejercicios de priorización, estratificación de riesgos e identificación de poblaciones con mayores niveles de vulnerabilidad.
- Desde un punto de vista estratégico se destaca la pertinencia de dedicar esfuerzos a generar procesos sobre problemáticas específicas, como la alimentación saludable en escolares, que sirven de experiencias catalizadoras de gestión intersectorial y puedan dar pie a procesos más transversales e intersectoriales.
- La metodología de ciclos cortos de mejora, propuesta durante este proyecto para orientar poco a poco la aplicación de los principios del modelo de cuidados crónicos, se presenta como alternativa para otros procesos relacionados con promoción de la salud.
- Interés y gran potencial de las universidades para participar en procesos de promoción de salud y la necesidad de propiciar mejores marcos institucionales para el desarrollo de esta gestión conjunta.
- La importancia de articular con instituciones no gubernamentales y organismos de la sociedad civil con reconocimiento en experiencias nacionales que pueden contribuir a desarrollar capacidades en soluciones de problemas de salud.
- Se evidencia la utilidad de proporcionar a los trabajadores en salud oportunidades para el intercambio de experiencias y pasantías con otros distritos que hayan mejorado los procesos de atención y en este sentido trabajar en la identificación y difusión de experiencias exitosas en el país.
- La importancia de levantar líneas de base, diagnósticos de situación y caracterización de problemas para orientar la definición e implementación de las estrategias de intervenciones en promoción de la salud. La ausencia de metodologías para la caracterización de problemas que orienten las acciones en salud pública, lleva a que se implementen acciones sin evidencias y sin adecuación a la cultura y a la realidad local.

- El trabajar sobre líneas de política pública nacionales en proceso de implementación, permite valorizar a las experiencias locales por la contribución que pueden dar en retroalimentar y orientar la implementación de las mismas.
- El Proyecto ha realizado un importante apoyo al Distrito, al Circuito y a la población para aplicar el componente de promoción del MAIS: posicionando la promoción de la salud, capacitando los recursos de salud, dinamizando la participación y movilización social (comunitaria y desde los afectados)
- La ejecución del Proyecto muestra el camino y la potencialidad de la promoción y de manera específica el componente comunitario y social de la prevención (dengue, chikungunya, TB).
- Ejecutado el Proyecto se demuestra la importancia de la promoción en el Modelo de APS, la necesidad de asignar recursos para la promoción de la salud y la conveniencia de ejecutar estos Proyectos para fortalecer el Modelo, disponer de evidencias, contar con metodologías de trabajo y materiales para su aplicación.
- El Ministerio de Salud tiene una muy importante presencia y posiblemente es el único servicio de salud para la población económicamente pobre y sectores medios. Es muy relevante la integración de los niveles nacional, zonal y distrital del MSP, como condición básica para la implementación de las políticas de promoción de salud, no solo a nivel local, sino a nivel nacional.
- Complementar la ejecución de la segunda fase del Proyecto para consolidar los resultados de la primera y de manera especial para poner en marcha las acciones que permitan el logro de resultados complementarios sobre promoción de salud en el marco del MAIS .

## **ANEXOS**

Anexo 1 Intervenciones claves basadas en evidencias y opciones de política

Anexo 2. Políticas Públicas del país a las que Proyecto busca contribuir

Anexo 3. Plan de acción del Proyecto

Anexo 4. Situación de la Promoción de Salud en Escuelas de El Recreo.

Anexo 5. Propuestas de PS en Escuelas, 30 septiembre 2015

Manuales Encuesta STEP

Informe acciones de Educación en Diabetes

Informe acciones de Seguimiento por pares a pacientes de Tuberculosis

Informe Diagnostico de Determinantes Sociales en Durán

Informe Encuesta CAP

Informe Estudios de producción de tanques bajos

Proyectos de Ciclos cortos de Mejoras para los Cuidados Crónicos

Informe sobre condición de calidad del agua de las escuelas