

## **PROMOTORES/AS DE SALUD COMO “EXPRESIÓN INSTITUCIONAL”**

### **CECOMET**

El sistema nacional de salud de Ecuador está atravesando un momento difícil – lleno por eso de oportunidades y de riesgos – en la búsqueda y experimentación de soluciones institucionales que permitan traducir en prácticas accesibles a todos/as los/las ciudadanos/as los principios fundamentales de la Constitución de 2008:

- La salud como centinela de democracia, dentro del mismo sistema de salud y en la sociedad.
- La participación ciudadana como expresión y garantía del camino hacia la igualdad y la equidad en el acceso al “buen vivir” (...).

El desafío de considerar salud como una herramienta que permita resistir a las tendencias generales a una inversión de la jerarquía de los valores y poderes constitucionales, en favor de criterios de sostenibilidad, principalmente económica, no es exclusivo de Ecuador y de su tiempo de experimentación constitucional (.....).

Los informes de agencias internacionales y la literatura científica de mayor influencia en el campo médico, sociológico, jurídico, económico identifican en todos los países los mismos problemas de Ecuador, más allá de las obvias diversidades de escenarios concretos, que son específicos de cada país (...).

Los desafíos que recorren transversalmente todas las situaciones, que se consideran prioritarios para tomar decisiones concretas con objetivos de **igualdad y equidad**<sup>1</sup>, coinciden con dos indicadores fundamentales, sustentados por una literatura extensa y calificada:

1. La simplificación y adaptación a los contextos locales de recomendaciones y líneas guías generales (diagnósticas, terapéuticas, de organización), para que sean herramientas esenciales, flexibles y utilizables, no solamente por profesionales, sino por representantes acreditados por las comunidades; que sean responsables de los aspectos básicos, sanitarios y socioculturales de las poblaciones marginadas.

---

<sup>1</sup> Palabras clave para traducir el “Buen Vivir” en un proyecto concreto y progresivo.

2. El desarrollo – experimental, no sólo doctrinal – de soluciones organizativas que pongan en evidencia y midan (en términos de eficiencia y eficacia) la necesaria complementariedad, articulación - continuidad entre los niveles de cuidados más especializados y costosos, con los actores comunitarios, capaces de ser puentes entre las exigencias médicas - económicas y los derechos ciudadanos de acceso a los bienes comunes en todos los lugares y los tiempos.

Es preciso subrayar que las perspectivas aquí resumidas, no podrían existir sin un razonamiento claro entre posiciones diferentes, a fin de buscar respuesta a tres preguntas clave:

1. ¿Puede el derecho a la dignidad de la vida seguir siendo proclamado como universal si no se otorga prioridad absoluta a criterios de igualdad y equidad?
2. ¿Puede salud, que es centinela del “*¿Buen Vivir*” seguir siendo un sector de la sociedad donde más rígidamente se aplican criterios jerárquicos y de separación de roles, en contra también de evidencias y reglas técnicas?
3. ¿Puede la participación ciudadana ser creíble, si las relaciones y las prácticas en las instituciones de salud son excluyentes en lugar de alfabetizadoras, por falta de voluntad, tiempo, conocimiento-formación; tomando además en cuenta que los/las que padecen enfermedades graves sufren de la doble exclusión de no saber, y no poder ejercer su derecho a la información y a la autodeterminación?

### ***El desafío y la gran oportunidad de Ecuador***

A lo largo de las últimas tres décadas Ecuador ha sido el país de América Latina que ha producido, en el sector específico de la salud, uno de los escenarios conceptuales y operativos más reconocidos como coherentes con los desafíos arriba mencionados.

Con sus actividades y publicaciones, a nivel nacional e internacional, el laboratorio de Epidemiología Comunitaria (EPICOM), con su Centro de Epidemiología Comunitaria y Medicina Tropical (CECOMET), ha hecho del área marginal de la provincia de Esmeraldas (representativa de muchísimas poblaciones de Ecuador) un modelo de articulación estrecha y participativa entre las capacidades de actores comunitarios y los roles de los profesionales.

**Tabla.1. Visibilidad institucional**

Período	Publicaciones - Eventos
1990	- Primer seminario-taller de Epidemiología Comunitaria en Esmeraldas
1993	- Segundo seminario-taller de Epidemiología Comunitaria en Esmeraldas
1995	- Métodos para mejorar el control de la malaria en Ecuador y Colombia. Editores A. Kroeger, M. Mancheno, K. Pesse.
1996	- Creación del Centro de Epidemiología Comunitaria y Medicina Tropical (CECOMET) - Esmeraldas - Presentación experiencia control comunitario del paludismo en el Congreso de Malaria en Guayaquil (Bibliografía).
1997	- Publicación primer “Manual de Epidemiología Comunitaria”
1998	- Presentación al Congreso Nacional de la Sociedad Italiana de Medicina Tropical (ver Bibliografía) de: + <i>Los resultados de una encuesta CAP sobre la intervención educativa en oncocercosis. La evaluación de la intervención comunitaria en el control del paludismo. La intervención educativa con el uso del juego del control comunitario del paludismo</i> + <i>La intervención educativa con el uso del juego sobre oncocercosis. La integración de un programa vertical de control de oncocercosis en la APS.</i> - Presentación en el II Congreso Europeo de Medicina Tropical en Liverpool de los resultados preliminares del programa de control comunitario del Pian (ver Bibliografía).
2001	- Publicación de “Epidemiología y Participación”
2002	- Publicación: Cantando a la salud
2003	- Situación nutricional en Menores de 5 años: los promotores de salud echan un vistazo al pasado - Boletín APS. - Monitoreo del peso al nacer en el área de salud Borbón - Boletín APS.
2005	- La participación de la comunidad y el acceso a los medicamentos en las enfermedades crónico-degenerativas - La EC es una alternativa eficaz a la estrategia DOTS en el control de la Tb a largo plazo - Community-Based monitoring of the evolution of death burden due the tropical diseases in a rural area of Ecuador.
2007	- Intercambio de experiencias y talleres de Epidemiología Comunitaria en Burkina Faso (África). - An “essential” method of risk stratification for hypertensives performs in a low-income setting: a prospective field test in Ecuador. V <sup>th</sup> European Congress on Tropical Medicine and International Health. Amsterdam- Nederland May 2007.
2008	- BMJ 2008 “Diagnostic evaluation of people with hypertension in low income country: cohort study of “essential” method of risk stratification” - Taller de Epidemiología Comunitaria para los Vigilantes Epidemiológicos Comunitarios del Cantón Esmeraldas.
2009	- Publicación monografía sobre Epicom en Ecuador para el VI Congreso Europeo de Medicina Tropical y salud internacional Verona – Italia. Presentación de: - Life stories and verbal autopsies to analyses maternal deaths. Confronting the central vs, the local approach in Ecuador. - Epidemiological training of community health promoters: the experience of the province of Esmeraldas, Ecuador. - Methodology and results of a community-based prospective 5 years’ surveillance of a cohort of hypertensive patients in rural Ecuador. - Community epidemiology as a strategy bridging care delivery and research.
2010	- Publicación: Historia de vida y evitabilidad: nuestros muertos nos ayudan a caminar. - Epidemiología Comunitaria: las periferias toman la palabra.
2010-16	- Intervención con enfoque de EPICOM en provincia Cordillera – Bolivia: pasantías en Ecuador con PS
2011	- Publicación: Las parteras afro-ecuatorianas del norte de Esmeraldas toman la palabra: tradiciones, memorias, visiones, propuestas para un buen nacer”
2013	- Presentación XXI Latinoamericano de parasitología FLAP, 2013 Guayaquil: Eliminación de la oncocercosis en el Ecuador.

Resulta inspirador pensar en la larga historia de actividades y más aún, en los acontecimientos y resultados de EPICOM/CECOMET:

- De un lado como anticipadora de los principios declarados solemnemente en la Constitución del 2008 que ha creado los espacios culturales y las herramientas institucionales para el derecho universal a la salud y al Buen Vivir.
- Del otro lado como testigo e intérprete idóneo de los mismos principios a nivel de las tantas poblaciones de las cuales se ha hecho cargo.

Las fichas que prosiguen, cuyos detalles se encuentran en la bibliografía básica que se propone en anexo, presentan el resumen muy sintético de esta historia, y de sus estrategias.

### ***Promotores/as como protagonistas***

La presencia y el rol creciente de promotores/as en los programas ha sido el factor decisivo e imprescindible para permitir la implementación de trabajos/propuestas que necesitaban continuidad de presencia:

- Monitoreo regular de situaciones de más alto riesgo.
- Inclusión en la atención como determinantes más críticos de éxito y/o de fracaso de variables socioeconómicas y de estilo de vida.
- Alfabetización culturalmente adecuada de las poblaciones (incluyendo su idioma materno y sus costumbres).
- Accesibilidad a las medidas diagnóstico-terapéuticas más esenciales.
- Manejo de situaciones de emergencias;
- Documentación regular y revisada sistemáticamente con el apoyo profesional, de las actividades y de los eventos de morbi-mortalidad;
- Evaluación sistemática, periódica-colectiva, en colaboración dialéctica entre comunidades e instituciones, de las causas evitables de los eventos negativos y/o de los determinantes y las medidas necesarias para dar pasos adelante.
- Diseño y ejecución de investigaciones operativas, con apoyo profesional.

Más allá del reconocimiento internacional (científico, institucional, metodológico, educativo) de la experiencia original y de interés para todas las situaciones con características comparables de marginalidad socioeconómica e institucional (Tabla 1), quizás el juicio positivo, más contundente y relevante en este contexto se encuentra en dos informes recientes, producidos independientemente por expertos nacionales e internacionales (1,2).

El conjunto de las actividades y de los roles de los/as promotores/as mencionados arriba, es señalado y reconocido formalmente como determinante en el cumplimiento de una tarea como la **eliminación de una enfermedad** grave con consecuencias importantes en la autonomía y supervivencia de las comunidades.

**Tabla 2. Programas de inclusión protagónica de promotores/as y auxiliares de enfermería**

<b>Período</b>	<b>Programas comunitarios</b>
<b>1980 hasta 1998</b>	Control comunitario del pian
<b>1980 hasta 2009</b>	Control de la oncocercosis
<b>1980 hasta la fecha</b>	Control de la desnutrición infantil
<b>1991 hasta 2009</b>	Control comunitario del paludismo
<b>1995 hasta la fecha</b>	Tamizaje por hipertensión y programa de control de hipertensos
<b>1999 hasta la fecha</b>	Control comunitario de embarazadas
<b>1999 hasta la fecha</b>	Monitoreo de la Mortalidad y casos graves
<b>2000 hasta 2005</b>	Programa piloto de control comunitario de Tb en área Chachi
<b>2005 hasta 2015</b>	Programa control de tuberculosis - extensión a toda el área

### *Planteamiento y propuestas*

Los puntos que se ponen en evidencia a continuación constituyen un escenario para la evaluación cuidadosa de las condiciones que puedan permitir traducir toda la riqueza de capacidades, metodologías y roles que han sido experimentados a lo largo de tantos años, en decisiones institucionales que:

- a) Reconozcan formalmente y adecuadamente la realidad de promotores/as como parte integrante de un sistema de salud que quiere no sólo mantener, sino sobre todo

*fortalecer sus raíces comunitarias y su rol de garante-promotor de derechos ciudadanos;*

- b) Evalúen las áreas-poblaciones donde el *rol* y la presencia de promotores/as es específicamente imprescindible para asegurar *continuidad y respaldo comunitario* a las intervenciones médico-profesionales;
- c) Establezcan un *plan de implementación concreto* para el desarrollo de la función de promotores/as a nivel nacional, para favorecer una experiencia y un monitoreo de la transferibilidad a nivel de país de la experiencia de EPICOM, que, con la implementación del sistema de salud debe (y está marchando en esta dirección) ajustar y optimizar sus funciones, en estrecha colaboración e integración con los niveles institucionales profesionales.

La fase de transición que caracteriza al sistema de salud de Ecuador, tomando aún en cuenta los escenarios generales mencionados al inicio de este documento, es el tiempo ideal para definir flexiblemente y eficientemente las condiciones operativas necesarias para cumplir con los objetivos indicados arriba.

Una cultura de salud comunitaria - APS, asume a promotores/as como “técnicos” de ciudadanía en el sector específico de la salud: sus funciones (tan bien documentadas en término de efectividad en las experiencias arriba recordadas) varían según los problemas y los contextos:

1. Pueden ser puentes de continuidad de vigilancia clínico-epidemiológica donde una presencia profesional adecuada y permanente no puede ser garantizada.
2. Son productores de conocimientos específicos originales, con actividades asistenciales o de recolección de datos imprescindibles en algunas áreas de la epidemiología de la atribuibilidad y de la evitabilidad (El ejemplo más claro son las historias de vida que constituyen uno de los ejes principales de la experiencia EPICOM-CECOMET).
3. Se activan como actores que más conocimientos tienen de la cultura, del idioma-modismos, de los contextos de vida de las comunidades cuando se necesitan

intervenciones rápidas y que requieren la confianza de las poblaciones afectadas (ver el reciente informe de Chikungunya).

4. Aseguran seguimientos (coordinado con los profesionales) integrados y dirigidos a grupos prioritarios específicamente en toda el área de las enfermedades crónicas no transmisibles (ver la experiencia de hipertensión y riesgo cardiovascular; el escenario de diabetes).
5. Permiten activar estrategias miradas y colaborativas de respaldo en las áreas que se presentan como más desafiantes, con baja intensidad médica, y alto nivel de involucramiento de los contextos de vida como las de la discapacidad y de los trastornos mentales.

Es preciso subrayar que los escenarios operativos de promotores/as coinciden preferentemente con las áreas geográficas rurales, donde las condiciones de permanencia, continuidad, vigilancia, monitoreo y registro de eventos podrían ser muy limitadas y/o representar una alta carga económica, para la disponibilidad de recursos humanos profesionales en tiempos útiles.

Una planificación de las necesidades reales de promotores/as puede en este sentido hacerse progresivamente (a nivel operativo), tomando como referencia los datos administrativos y epidemiológicos de EPICOM/CECOMET, así como de otras realidades que se pueden considerar representativas.

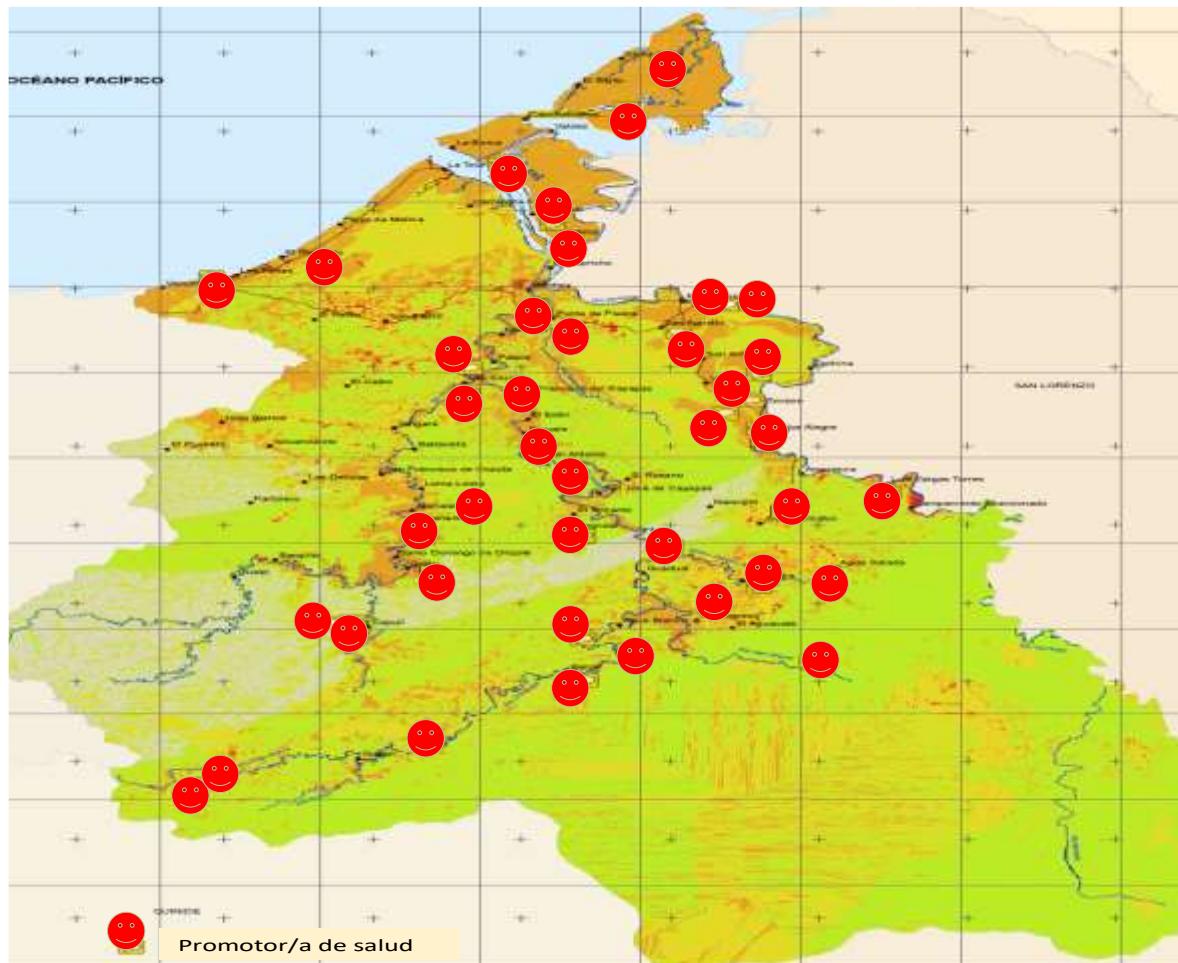
### ***Los actores y su contexto***

*Ilustración 1. Resumen de historia de promotores de salud – Borbón- Esmeraldas.*

Periodos de selección - formación inicial	Número de promotores formados	Sexo	Inactivos	Fallecidos
<ul style="list-style-type: none"> <li>•1977-79 grupo 1</li> <li>•1981 grupo 2</li> <li>•1983 grupo 3</li> <li>•1998 grupo 4</li> <li>•2010 grupo 5</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompañados de 11 auxiliares de enfermería : 54</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•29 hombres</li> <li>•25 mujeres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por enfermedad y oportunidades laborales <b>se encuentran inactivos:</b></li> <li>•14 hombres</li> <li>•3 mujeres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•4 mujeres</li> <li>•1 hombre</li> </ul>

Existen 37 promotores activos de la antigua área de salud Borbón: 2 tienen contratos con MSP

### *Ubicación de promotores de salud – cantón Eloy Alfaro ☺*



### *Programas de intervención*

<b>Título intervención</b>		<b>Programa de control comunitario de desnutrición</b>									
<b>Nº Participantes</b>		Red de promotores de salud (40 - 60)									
<b>Duración</b>		Desde 1980 hasta la actualidad									
<b>Objetivo</b>		Implementación de un programa de seguimiento de menores de cinco años para disminuir la morbi-mortalidad por desnutrición.									
<b>Actividades</b>											
<b>PERIODOS</b>	<b>1980-1984</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Referencia de niños/as con desnutrición grave</li> <li>▪ Registro inicial de peso en algunas comunidades.</li> <li>▪ Seguimiento a los niños/as con desnutrición grave.</li> </ul>									
	<b>1985-1990</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Análisis de la situación de la desnutrición</li> <li>▪ Reflexión con la comunidad para que entendiera que un niño desnutrido grave no era un niño con "virtud" (se pasó del concepto de muerte inevitable a muerte evitable)</li> <li>▪ Referencia de casos graves.</li> <li>▪ Registro de nombre, fecha de nacimiento y pesos en un cuaderno de campo en 20 comunidades inicialmente y luego progresivamente en las otras.</li> </ul>									
	<b>1991 - 1990</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Uso de un audiovisual sobre la desnutrición para la educación comunitaria</li> <li>▪ Preparación de papillas hipercalóricas para recuperación de los niños/as.</li> <li>▪ Reporte de casos grave y muerte por esta causa.</li> <li>▪ Capacitación de promotores en el tema</li> </ul>									
	<b>2000-2002</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reporte sistemático de casos graves y muertes.</li> <li>▪ Recolección de historias de vida de casos graves y de muertes</li> <li>▪ Atención a los problemas sociales: causa de la desnutrición.</li> <li>▪ Cambio del formato de cuaderno de campo por cuaderno epidemiológico (estandarización).</li> <li>▪ Registro de peso y estado nutricional</li> </ul>									
	<b>2003- actualidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Al menos cuatro controles de peso al año a menores de 5 años por cada comunidad</li> <li>▪ Reporte de niños con desnutrición moderada y grave.</li> <li>▪ Seguimiento (control mensual del peso) a niños con desnutrición Moderada y grave</li> <li>▪ Entrega de leche – papillas, medicamentos y cuidados según edad, hasta recuperar el peso normal.</li> <li>▪ Actualización del censo comunitario (permite conocer el número de menores de cinco años existentes en cada comunidad para asegurar seguimiento individual y comunitario).</li> <li>▪ Actualización sobre el tema a promotores y auxiliares.</li> </ul>									
	<b>Ejemplo de Resultados</b>	<p style="text-align: center;"><b>Prevalencia desnutrición Área Borbón</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Años</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>84</td> <td>~30</td> </tr> <tr> <td>2000</td> <td>~9</td> </tr> <tr> <td>2004</td> <td>~8</td> </tr> <tr> <td>2006</td> <td>~7</td> </tr> </tbody> </table>	Años	Porcentaje	84	~30	2000	~9	2004	~8	2006
Años	Porcentaje										
84	~30										
2000	~9										
2004	~8										
2006	~7										

<b>Título intervención</b>		<b>Programa de control comunitario del paludismo</b>												
<b>Nº Participantes</b>		Red de promotores de salud (40 - 60)												
<b>Duración</b>		Desde 1981 hasta actualidad												
<b>Objetivo</b>		Implementación de un programa que permita el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los casos de paludismo para disminuir la morbi-mortalidad por esta causa.												
<b>Actividades</b>														
<b>PERIODOS</b>	<b>1981-1990</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Toma de muestras a febres para confirmar con el laboratorio del SNEM de Esmeraldas. Registro de casos</li> <li>Tratamiento presuntivo y definitivo. Abastecimiento de medicamentos</li> <li>Denuncias a las autoridades de salud de la inexistencia de las intervenciones del Snem por más de dos años y la necesidad de un laboratorio de diagnóstico de paludismo en Borbón.</li> </ul>												
	<b>1991-1993</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Toma de láminas a febres y no febres. Registro de casos. Tratamiento oportuno a sintomáticos.</li> <li>Priorización de comunidades de intervención</li> <li>Identificación de criaderos permanentes y semipermanente y ubicación en los croquis de cada comunidad</li> <li>Eliminación de charcos, limpieza en las comunidades (Mingas)</li> <li>Censo de toldos existentes por familia-comunidad.</li> <li>Apoyo en la confección comunitaria de toldos para garantizar cobertura.</li> <li>Impregnación piloto de toldos con permetrina en comunidades más afectadas.</li> <li>Control de criaderos con peces larvófagos (Rafaelitos). Elaboración e implementación de juego didáctico</li> <li>Documentación de brote epidémico: incidencia pasa de 40 a 250 casos por mes y se producen 11 muertes.</li> </ul>												
	<b>1994 - 1999</b>	<p>Control de Brote de <i>P. Falcíparum</i> en parte alta del río Cayapa todavía no involucrado en el programa de control comunitario:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Toma de muestras en las comunidades a febres y no febres.</li> <li>Educación en las comunidades con el juego, arrullos y décimas</li> <li>Control de criaderos - Abastecimiento de toldos e impregnación.</li> <li>Registro actividades comunitarias en un formulario y de casos en el cuaderno de campo</li> <li>Vigilancia con curva epidémica y análisis mensual de los datos.</li> <li>Coordinación con el SNEM para fumigaciones perifocales.</li> </ul>												
	<b>2000-2004</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inicio coordinación integral con SNEM luego de un proceso de acercamiento difícil (2000)</li> <li>Control de brote (V. 581- F 859) 5 muertes (2002): comunidades de parroquia Telembí (unidad de Zapallo Grande), estero María, pueblo de Borbón.</li> <li>Abastecimiento sostenido de insumos y medicamentos a promotores para diagnóstico, tratamiento y control de vector.</li> <li>Mapeo comunitario de casos. Registro de casos y actividades en cuaderno epidemiológico.</li> <li>Coordinación diagnóstica y vigilancia con laboratorio del hospital Borbón (implementado por VAE).</li> <li>Mantenimiento de actividades iniciadas en años anteriores.</li> <li>Capacitación permanente.</li> </ul>												
	<b>2005</b>	Control de brotes con apoyo SNEM (Vívax – Rio Cayapas y parte alta del río Onzole) – hasta actualidad												
	<b>2006-2009</b>	Vigilancia - Toma de muestras a febres. Envío de láminas a laboratorio de referencia.												
	<b>2010-2016</b>	Vigilancia sin casos (sólo referente al otraño área Borbón, sin Limones).												
<b>IMPACTO</b>	<p><b>Tasa de incidencia de paludismo en el tiempo x 1000 pa. Área Borbón</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>Tasa de incidencia (x 1000 pa)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1993</td> <td>15.28</td> </tr> <tr> <td>2000</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>2005</td> <td>1.7</td> </tr> <tr> <td>2009</td> <td>0.3</td> </tr> <tr> <td>2016</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>		Año	Tasa de incidencia (x 1000 pa)	1993	15.28	2000	0.5	2005	1.7	2009	0.3	2016	0
Año	Tasa de incidencia (x 1000 pa)													
1993	15.28													
2000	0.5													
2005	1.7													
2009	0.3													
2016	0													

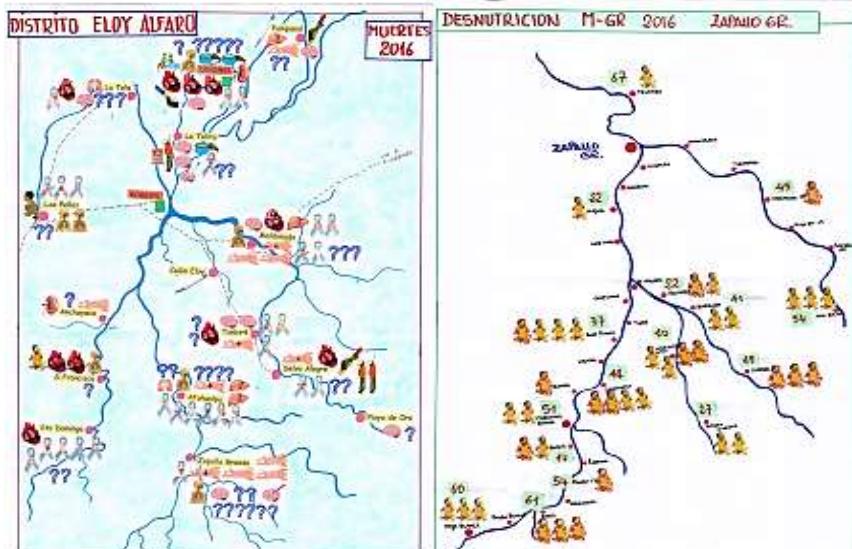
Título intervención		Programa de control Comunitario de Oncocercosis														
Nº Participantes		Red de promotores de salud (58) y 11 auxiliares de enfermería.														
Duración		Desde 1980 hasta 2013														
Objetivo		Eliminación de la enfermedad														
Actividades																
PERIODOS	1980-1981	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sensibilización en las comunidades</li> <li>Participación en primera encuesta epidemiológica (R. Santiago y Cayapa): Actualización censos. Búsqueda nódulos. Valoración de agudeza visual</li> <li>Presión a las autoridades para que tomaran carta en el asunto</li> </ul>														
	1982-1983	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaboración de folletos educativos</li> <li>Encuentros locales y zonales con autoridades de salud, políticas y organizaciones campesinas.</li> <li>Presión a las autoridades para que valoren el problema como un tema de salud pública (comisiones al MSP).</li> </ul>														
	1985-1989	<ul style="list-style-type: none"> <li>Segunda evaluación epidemiológica.</li> <li>Sensibilización a las comunidades con presentación de resultados (mapa epidemiológico).</li> <li>Tercera evaluación epidemiológica.</li> <li>Campaña de nodulectomía</li> <li>Información a las comunidades sobre futuro tratamiento con Ivermectina</li> <li>Participación en elaboración audiovisual (español y cha'palaa: lengua nativa de los indígenas chachis)</li> <li>Elaboración – animación Juego didáctico, producción de arrullos y décimas.</li> </ul>														
	1990-1995	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participan con equipo a distribución de ivermectina</li> <li>Identificación de nódulos para nodulectomía</li> <li>Seguimiento a nodulectomías</li> </ul>														
	1996-2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>Administración directa de Ivermectina 2 veces al año</li> <li>Cobertura de ausentes</li> <li>Registro de reacciones adversas</li> <li>Actualización censos</li> <li>Registro de migrantes</li> <li>Discusión de resultados</li> <li>Nuevo material educativo</li> <li>Supervisiones por Río (Caicedo F. Cuero E. Quiñónez M.)</li> <li>Vigilancia epidemiológica post tratamiento</li> </ul>														
	2010 -2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vigilancia: reporte eventual de nódulos</li> <li>Recibimiento del equipo de verificación de la eliminación de la OMS/OPS</li> </ul>														
	Resultados	<p>Prevalencia de oncochorcea volvulus en biopsia de piel por ríos Borbón - Eloy Alfaro</p> <table border="1"> <caption>Data from chart: Prevalence of oncochorcea volvulus in skin biopsies by river and year</caption> <thead> <tr> <th>Río</th> <th>2007</th> <th>2004</th> <th>2000</th> <th>Antes de 1990</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Río Santiago</td> <td>70</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Río Cayapas</td> <td>90</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	Río	2007	2004	2000	Antes de 1990	Río Santiago	70	0	0	0	Río Cayapas	90	0	0
Río	2007	2004	2000	Antes de 1990												
Río Santiago	70	0	0	0												
Río Cayapas	90	0	0	0												
Logro	Certificación de eliminación de la oncocercosis en Ecuador 2014															

<b>Título intervención</b>		<b>Programa de control Comunitario del pian</b>												
<b>Nº Participantes</b>		Red de promotores de salud (40) y 11 auxiliares de enfermería.												
<b>Duración</b>		Desde 1980 hasta 1998												
<b>Objetivo</b>		Eliminación de la enfermedad												
<b>Actividades</b>														
<b>PERIODOS</b>	<b>1980-1987</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vigilancia con reporte de casos</li> <li>▪ Controles post tratamiento</li> </ul>												
	<b>1988</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Definición de situación epidemiológica</li> <li>▪ Campaña de tratamiento masivo</li> </ul>												
	<b>1989</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Activación del seguimiento de positivos</li> <li>▪ Activación de vigilancia epidemiológica comunitaria y comunicación de casos nuevos</li> </ul>												
	<b>1993</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Segunda evaluación epidemiológica</li> <li>▪ Control post tratamiento a los positivos</li> </ul>												
	<b>1998</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evaluación epidemiológica final</li> </ul>												
<b>Resultados</b>	<p style="text-align: center;"><b>Prevalencia de Pian - Borbón</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Años</th> <th>Pian clínico (%)</th> <th>Serología (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1998</td> <td>0</td> <td>3,5</td> </tr> <tr> <td>1993</td> <td>1,4</td> <td>4,7</td> </tr> <tr> <td>1988</td> <td>65</td> <td>96,3</td> </tr> </tbody> </table>		Años	Pian clínico (%)	Serología (%)	1998	0	3,5	1993	1,4	4,7	1988	65	96,3
Años	Pian clínico (%)	Serología (%)												
1998	0	3,5												
1993	1,4	4,7												
1988	65	96,3												
<b>Logro</b>	Eliminación del Pian – pendiente certificación país													

<b>Título intervención</b>		<b>Programa de control Comunitario de tuberculosis</b>										
<b>Nº Participantes</b>		Red de promotores de salud (40) y 11 auxiliares de enfermería.										
<b>Duración</b>		Desde 1999 hasta actualidad										
<b>Objetivo</b>		Control de la enfermedad – disminuir el abandono del tratamiento										
<b>Actividades</b>												
<b>PERIODOS</b>	<b>1984-1998</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reporte de casos</li> <li>▪ Referencia al sub-centro</li> <li>▪ Reporte de muerte</li> </ul>										
	<b>1999</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reporte de casos</li> <li>▪ Primeras historias de vida de casos de abandono y muerte</li> <li>▪ Identificación de tasa de abandono (60%), como problema de salud pública.</li> <li>▪ Identificación de casos de abandono.</li> </ul>										
	<b>2000 - 2005</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alta prevalencia de la enfermedad (800x100.000 Hb) mortalidad 8%.</li> <li>▪ Encuentros con PS y comunidades sobre factores que influyen en el abandono – diagnóstico de situación.</li> <li>▪ Diseño e implementación de plan de trabajo: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Priorización de comunidades con alta prevalencia (focalización parroquia Telemí - unidad de zapallo grande).</li> <li>- Capacitación a promotores, auxiliares y profesionales.</li> <li>- Apoyo en adaptación de herramientas de registro y de seguimiento de casos: calendario comunitario para administración diaria, paquetes monodosis, otros.</li> <li>- Apoyo en elaboración de material educativo – audiovisual</li> <li>- Búsqueda activa de sintomáticos respiratorios.</li> <li>- Coordinación para la toma de muestras con el laboratorio móvil en comunidades estratégicas. (acercamiento del diagnóstico a las comunidades).</li> <li>- Apoyo en seguimiento de casos positivos (DOTS - comunitario).</li> <li>- Elaboración – actualización de mapas parlantes.</li> <li>- Asambleas comunitarias - Discusión de resultados con la comunidad.</li> </ul> </li> </ul>										
	<b>2007 - 2016</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Apoyo en implementación estrategia DOTS (MSP):</li> <li>▪ Identificación sintomáticos – observación tratamiento</li> <li>▪ Reporte de casos positivos</li> </ul>										
	<b>Resultados</b>	<p style="text-align: center;"><b>Tasa de abandono de tuberculosis área Borbón</b></p> <table border="1"> <caption>Data for Tasa de abandono de tuberculosis área Borbón</caption> <thead> <tr> <th>Años</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1999</td> <td>60</td> </tr> <tr> <td>2001</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2005</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2010</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>		Años	Porcentaje	1999	60	2001	5	2005	2	2010
Años	Porcentaje											
1999	60											
2001	5											
2005	2											
2010	1											
<b>Logro</b>	± 85% éxito de curación de los casos											

<b>Título intervención</b>		<b>Programa de control de hipertensión</b>																	
<b>Nº Participantes</b>		Red de promotores de salud (40 - 60) 11auxiliares																	
<b>Duración</b>		Desde 1993 hasta la actualidad																	
<b>Objetivo</b>		Implementación de un programa de seguimiento al paciente hipertenso para evitar muertes tempranas.																	
<b>Actividades</b>																			
<b>PERIODOS</b>	<b>1993-1994</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reporte de casos de hipertensión y de mortalidad cardiovascular</li> </ul>																	
	<b>1995-2001</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tamizaje de hipertensión a mayores de 18 años</li> <li>▪ Discusión de resultados de tamizaje con las comunidades</li> </ul>																	
	<b>2001 - 2009</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Capacitación sobre el tema y consecuencias fatales.</li> <li>▪ Registro de los hipertensos en el cuaderno epidemiológico</li> <li>▪ Toma y registro de presión arterial</li> <li>▪ Abastecimiento y entrega del tratamiento prescrito por el médico (subvencionado por CECOMET).</li> <li>▪ Cálculo y registro del RCV (tabla de riesgo cardiovascular).</li> <li>▪ Referencia de los nuevos hipertensos al médico para que defina el tratamiento</li> <li>▪ Reporte mensual de eventos cardiovasculares letales y no letales</li> <li>▪ Recolección de historias de vida de eventos letales y no letales.</li> <li>▪ Discusión con la comunidad: Riesgo cardiovascular comunitario (escalera del riesgo).</li> <li>▪ Juego sobre factores de riesgo por hipertensión y RCV</li> <li>▪ Tamizajes por períodos (cada 3 a 4 años).</li> <li>▪ Identificación de hipertensos con comorbilidad: diabetes.</li> </ul>																	
	<b>2010 -2016</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se mantienen actividades anteriores de vigilancia</li> <li>▪ Medicamentos a cargo del MSP</li> </ul>																	
	<b>Ejemplo de Resultados</b>	<p style="text-align: center;"><b>Mortalidad por HTA distribuida por grupo de edad 2010 y 2015 Área Borbón</b></p> <table border="1"> <caption>Datos estimados del gráfico</caption> <thead> <tr> <th>Grupo de edad</th> <th>Muertes 2010 (Número)</th> <th>Muertes 2015 (Número)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>&lt; de 50</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>50 - 59</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>60 - 69</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>70 - 79</td> <td>6</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>&gt; 80</td> <td>6</td> <td>11</td> </tr> </tbody> </table>	Grupo de edad	Muertes 2010 (Número)	Muertes 2015 (Número)	< de 50	5	3	50 - 59	2	3	60 - 69	4	4	70 - 79	6	7	> 80	6
Grupo de edad	Muertes 2010 (Número)	Muertes 2015 (Número)																	
< de 50	5	3																	
50 - 59	2	3																	
60 - 69	4	4																	
70 - 79	6	7																	
> 80	6	11																	
<b>Logro</b>	Disminución de eventos letales en menores de 70 años																		

<b>Título intervención</b>		<b>Programa de control Materno-Perinatal</b>										
<b>Nº Participantes</b>		Red de promotores de salud (50 - 60)										
<b>Duración</b>		Desde 1999 hasta la actualidad										
<b>Objetivo</b>		Implementación de un programa de seguimiento del embarazo y parto con el objetivo de disminuir la elevada mortalidad materna y perinatal.										
<b>Actividades</b>												
<b>PERIODOS</b>	<b>1996-1999</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reporte de 12 muertes maternas (tres en 1999)</li> </ul>										
	<b>2000-2001</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacitación temas materno-perinatal</li> <li>Reporte de casos graves, muertes maternas y perinatales.</li> <li>Registro de embarazadas en el cuaderno epidemiológico comunitario.</li> <li>Discusión de casos graves y muertes.</li> <li>Recolección de historias de vida (casos graves y muertes)</li> </ul>										
	<b>2002 - actualidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registro de embarazadas (nombre – edad, gestas, riesgo obstétrico), controles (presión arterial y peso), parto y recién nacido (condición) en cuaderno epidemiológico comunitario.</li> <li>Encuentros de educación en la comunidad sobre casos graves y muertes: signos de alarma durante embarazo, parto puerperio.</li> <li>Mapeo de eventos maternos – perinatales por localidad.</li> <li>Identificación de unidades operativas (micro-áreas) con mayores problemas.</li> <li>Actualización problemas maternos</li> <li>Aumento de visitas en comunidades de las micro-áreas de mayor riesgo.</li> <li>Acompañamiento y referencia a hospital de embarazadas de riesgo.</li> <li>Reporte - discusión de casos graves y muertes.</li> <li>Recolección de historias de vida (casos graves y muertes).</li> <li>Evaluación de la intervención – asunción compromisos de vigilancia</li> </ul>										
<b>Ejemplo de Resultados</b>	<p style="text-align: center;"><b>Número de muertes maternas por quinquenio</b>  <b>Distrito de salud Eloy Alfaro</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Periodos</th> <th>Número de muertes maternas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2015-16</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2010-14</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2005-09</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>2000-04</td> <td>14</td> </tr> </tbody> </table>		Periodos	Número de muertes maternas	2015-16	4	2010-14	4	2005-09	11	2000-04	14
Periodos	Número de muertes maternas											
2015-16	4											
2010-14	4											
2005-09	11											
2000-04	14											

<b>Título intervención</b>		<b>Actividades de gestión</b>
<b>Nº Participantes</b>		Red de promotores de salud 75 (21 auxiliares)
<b>Duración</b>		Desde 1977 hasta la actualidad
<b>Objetivo</b>		Planificación y evaluación de las actividades
<b>Actividades</b>		
<b>PERIODOS</b>	1977 - 1990	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Selección comunitaria de promotores</li> <li>▪ Formación organización segundo grado OCAMEN para fortalecer aspecto salud</li> <li>▪ Firma convenio MSP-FODERUMA-VAE y UNICEF de reconocimiento de 19 promotores por MSP para capacitación.</li> </ul>
	1991 - 1997	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vigilancia mensual de la morbi-mortalidad evitable por localidad: Capacitación en servicio.</li> <li>▪ Gestión para construcción de micro-puestos de salud (comunitarios) para el trabajo de los promotores.</li> <li>▪ Gestión – derivación ayuda solidaria a enfermos moderados – grave</li> <li>▪ Capacitación permanente en patologías- problemas prevalentes (tres talleres al año).</li> </ul>
	1998 -2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entrega de informes – recepción de medicamentos e insumos</li> <li>▪ Evaluación mensual de actividades de campo.</li> <li>▪ Planificación – acompañamiento mensual de actividades (promedio de 3 visitas al año por comunidad en 145 comunidades).</li> <li>▪ Creación de personería jurídica de la red de promotores (2001): Asociación de Promotores de salud del área de Salud Borbón - APSAB</li> </ul>
	2009 - actualidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sistematización anual del cuaderno epidemiológico comunitario.</li> <li>▪ Diseño – mapeo de indicadores comunitarios</li> <li>▪ Evaluación y planificación anual de las intervenciones</li> <li>▪ Elaboración anual de informe de la vigilancia comunitaria del distrito.</li> <li>▪ Devolución de datos a las comunidades</li> <li>▪ Planificación – acompañamiento mensual de actividades (promedio de 3 visitas al año por comunidad (90 comunidades) con financiamiento de CECOMET.</li> <li>▪ Gestión Coordinada para contratación de 10 promotores en comunidades de difícil acceso, por dos años por dos períodos: 2012 a 2013 y 2014-2015.</li> </ul>
<b>Ejemplo de Resultados</b>		
<b>Logro</b>	Documentación permanente de eventos	

## Referencias Bibliográficas

1. Intervención de la Comisión verificadora para la certificación de eliminación de oncocercosis en el encuentro de Colón Eloy - mayo 2014.
2. Ministerio de Salud Pública, Informe de visita de observación de la experiencia de la aplicación del MAIS con enfoque de epidemiología comunitaria, 2015.