



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Identificación de barreras y facilitadores para la integración de la quimioterapia preventiva como estrategia para el control de las geohelmintiasis en niños de 1 a 14 años, en los programas de salud pública existentes en el cantón Taisha, provincia de Morona Santiago, Ecuador 2019.

Barriers and facilitators for the integration of preventive chemotherapy as a strategy for the control of soil-transmitted helminth in children aged 1 to 14 years, in the public health programmes existing in Taisha, Ecuador 2019.

Autor

Jaime Wladimir Angamarca Iguago

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
Medellín, Colombia
2019**



Identificación de barreras y facilitadores para la integración de la quimioterapia preventiva como estrategia para el control de las geohelmintiasis en niños de 1 a 14 años, en los programas de salud pública existentes en el cantón Taisha, provincia de Morona Santiago, Ecuador 2019.

Barriers and facilitators for the integration of preventive chemotherapy as a strategy for the control of soil-transmitted helminth in children aged 1 to 14 years, in the public health programmes existing in Taisha, Ecuador 2019.

Jaime Wladimir Angamarca Iguago

**Tesis o trabajo de grado optar al título de Magister en
Epidemiología**

**Asesor:
Edwin Rolando González Marulanda Ph.D**

Grupo de Investigación: Epidemiología

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
"Héctor Abad Gómez"
Medellín, Colombia
2019**

Dedicatoria

Esta investigación va dedicada a mi hija Sarah Victoria, tu existencia y tu amor son el motor de mi diario vivir. Posiblemente en estos momentos no entenderás mis palabras, pero cuando seas capaz, te percatarás de todo lo que significas para mí. Eres mi orgullo y mi motivación, el amor más grande que la vida me pudo brindar; es por todo esto, que este proyecto te lo dedico a ti mi amor. Cada peldaño en este camino lo logré gracias a ti, a pesar de no poder estar siempre a tu lado, quiero que sepas que te amo sobremanera y que siempre estaré ahí para ayudarte y guiarte a recorrer este maravilloso camino llamado vida.

A mis sobrinos Leónidas Dimitri, Adrián Raziel, a mi hermanita Daniela y a todos los niños del cantón Taisha, de Ecuador, Colombia y el mundo entero. Por quienes luchamos día a día, para dejarles un mundo mejor, de respeto, amor, empatía y libre de injusticias sociales.

Tabla de contenido

| | |
|--|----|
| Resumen..... | 13 |
| 1.Planteamiento del Problema | 15 |
| 1.1.Enfermedad o problema de salud | 15 |
| 1.2.Identificación/descripción de la intervención a estudiar | 16 |
| 1.3.Justificación..... | 18 |
| 2. Objetivos | 21 |
| 2.1.Objetivo General | 21 |
| 2.2.Objetivos Específicos..... | 21 |
| 3.Marco Teórico | 22 |
| 3.1.Helmintiasis transmitidas por el suelo, una enfermedad desatendida | 22 |
| 3.2.Marco político y acuerdos internacionales para el control y eliminación de las EID | 22 |
| 3.3.Caracterización de las HTS en Ecuador | 23 |
| 3.4.Intervenciones para el Control de las HTS | 24 |
| 3.4.1 Quimioterapia Preventiva Antihelmíntica | 25 |
| 3.4.2 Estrategia WASHED | 27 |
| 3.5.Actividades Integradas de Desparasitación | 27 |
| 3.6.Características recomendadas para las actividades de desparasitación. | 29 |
| 3.7.Investigación de la Implementación“IR”..... | 30 |
| 4.Metodología | 32 |
| 4.1. Diseño de la investigación | 32 |
| 4.2.Población y muestra | 33 |
| 4.2.1 Sitio de Estudio y población de referencia..... | 33 |
| 4.2.2 Muestreo y muestra | 34 |
| 4.3.Primer momento: preparación y diseño de la investigación | 36 |
| 4.3.1 Control de sesgos | 37 |
| 4.3.2 Prueba Piloto..... | 38 |

| | |
|---|----|
| 4.4.Segundo momento: Trabajo de campo y recolección de la información..... | 38 |
| 4.4.1 Objetivo 1 | 38 |
| 4.4.2 Objetivo 2 | 39 |
| 4.5.Tercer momento: Análisis de la información | 41 |
| 4.5.1 Plan de análisis del objetivo 1 | 41 |
| 4.5.2 Plan de análisis del objetivo 2..... | 41 |
| 4.6.Resumen Metodológico..... | 42 |
| 4.7.Consideraciones Éticas | 43 |
| 5.Resultados..... | 45 |
| 5.1.Resultados Objetivo 1 | 45 |
| 5.1.1 Estrategia Nacional de Inmunizaciones “ENI” | 48 |
| 5.1.2 Misión Ternura a través del Ministerio de Inclusión Económica y Social MIES mediante el programa Creciendo con Nuestros hijos “CNH” | 51 |
| 5.1.3 Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia “AIEPI”. | 53 |
| 5.1.4 Médico del Barrio | 55 |
| 5.1.5 Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador 2018-2025 “PIANE” | 57 |
| 5.1.6 Atención Integral de Salud en Contextos Educativos “MAIS-CE” | 59 |
| 5.2.Resultados Objetivo 2 | 65 |
| 5.2.1 Dominio “Características de la estrategia de implementación” . | 65 |
| 5.2.1.1 Constructo fuerza y calidad de la evidencia | 66 |
| 5.2.1.2 Constructo ventaja relativa..... | 68 |
| 5.2.1.3 Constructo adaptabilidad..... | 70 |
| 5.2.1.4 Constructo complejidad..... | 73 |
| 5.2.1.5 Constructo costo..... | 75 |
| 5.2.1.6 Constructo pilotaje | 77 |
| 5.2.2 Dominio “Entorno externo”..... | 78 |
| 5.2.2.1 Constructo Necesidades y recursos de la población objetivo . | 79 |
| 5.2.2.2 Constructo Presión de los pares..... | 81 |

| | |
|---|-----|
| 5.2.2.3 Constructo Políticas externas e incentivos..... | 83 |
| 5.2.3 Dominio "Entorno interno" | 86 |
| 5.2.3.1 Constructo Características estructurales | 87 |
| 5.2.3.2 Constructo Clima de Implementación | 91 |
| 5.2.3.2.1 Sub-constructo Tensión para el cambio..... | 93 |
| 5.2.3.2.2 Sub-constructo Compatibilidad | 94 |
| 5.2.3.2.3 Sub-constructo Objetivos y retroalimentación | 96 |
| 5.2.3.3.1 Sub-constructo Recursos disponibles..... | 98 |
| 5.2.4 Dominio "Proceso de implementación" | 100 |
| 5.2.5 Dominio "Características de los individuos" | 104 |
| 5.2.5.1 Constructo Percepción de autoeficacia | 104 |
| 5.2.5.2 Constructo Conocimientos y creencias sobre la estrategia .. | 105 |
| 6.Discusión..... | 117 |
| Conclusiones | 132 |
| Recomendaciones..... | 135 |
| Referencias | 138 |
| Anexos | 149 |

Lista de tablas

| | |
|--|-----|
| Tabla 1. Beneficios de la desparasitación:..... | 26 |
| Tabla 2. Periodicidad de administración de antihelmínticos según la prevalencia de infección por HTS..... | 26 |
| Tabla 3. Actividades integradas de desparasitación exitosas:..... | 28 |
| Tabla 4. Caracterización de los entrevistados. | 34 |
| Tabla 5. Total de programas identificados a nivel nacional, número de referencias extraídas y total de documentos evaluados en el proceso de revisión documental. | 46 |
| Tabla 6. Condiciones ideales de los programas a los que puede integrarse la desparasitación identificados. | 62 |
| Tabla 7. Barreras y facilitadores por niveles para la integración de las actividades de desparasitación. | 113 |

Lista de gráficos

| | |
|---|-----|
| Gráfico 1. Proceso Metodológico | 43 |
| Gráfico 2. Organización del Sistema de Salud de Ecuador. | 47 |
| Gráfico 3. Dominios del CFIR, constructos y sub-constructos utilizados. | 65 |
| Gráfico 4. Porcentaje de codificación por cada entrevista en el Dominio "Características de la estrategia de implementación" | 66 |
| Gráfico 5. Porcentaje de codificación por entrevista en el Dominio "Entorno externo" | 78 |
| Gráfico 6. Porcentaje de codificación por entrevista en el Dominio "Entorno interno" | 86 |
| Gráfico 7. Porcentaje de codificación por entrevista en el Dominio "Proceso de implementación" | 101 |
| Gráfico 8. Influencia por niveles de los constructos y sub-constructos del CFIR en la integración de la QP. | 112 |

Lista de anexos

| | |
|--|-----|
| Anexo 1. Dominios y Constructos de CFIR..... | 149 |
| Anexo 2. Información evaluada en la revisión documental de los programas de SP existentes..... | 150 |
| Anexo 3. Guía para la entrevista CFIR | 151 |
| Anexo 4. Guía para el grupo focal | 155 |
| Anexo 5. Criterios de Inclusión y Exclusión CFIR. | 156 |
| Anexo 6. Modelo causal para la integración de las actividades de desparasitación para el control de las HTS en Ecuador 2020..... | 164 |
| Anexo 7. Consentimiento Informado para la entrevista | 165 |
| Anexo 8. Carta Apoyo | 174 |
| Anexo 9. Aprobación Comité de Ética y Comité de Programa..... | 176 |

Glosario

Antihelmínticos: grupo de medicamentos empleados para el tratamiento individualizado o masivo contra las infecciones producidas por helmintos; se pueden usar solos o combinados. Pueden agruparse en antihelmínticos intestinales, como el albendazol, levamisol, mebendazol, niclosamida, pirantel, prazicuantel; en antifilariásicos, como la ivermectina, dietilcarbamazina y la suramina sódica; y en otro grupo con acción contra el esquistosoma y los tremátodos, como el prazicuantel y el triclabendazol.

APS: atención primaria en salud

AVAD: años de vida ajustados por discapacidad

CFIR: marco consolidado para la investigación de la implementación

CNH: creciendo con nuestros hijos

DA: desparasitación antihelmíntica

Enfermedades infecciosas desatendidas EID: son un grupo de enfermedades parasitarias y otras enfermedades infecciosas que generalmente se caracterizan por la inversión históricamente baja del sector farmacéutico y que afectan principalmente a las poblaciones que viven en condiciones socioeconómicas pobres, con bajos ingresos, bajo nivel educativo, vivienda precaria, carencia de acceso a servicios básicos como agua potable y saneamiento básico, en zonas de conflicto o en condiciones ambientales deterioradas, y con barreras en el acceso a los servicios de salud. Por compartir determinantes sociales y ambientales comunes, las EID pueden presentar superposición geográfica. La Organización Mundial de la Salud ha clasificado un grupo de 20 enfermedades: úlcera de Buruli; enfermedad de Chagas; dengue y chikungunya; dracunculiasis (enfermedad de gusanos de guinea); equinococosis; trematodiasis transmitidas por los alimentos; tripanosomiasis africana humana (enfermedad del sueño); leishmaniasis; lepra (enfermedad de Hansen); filariasis linfática; micetoma, cromoblastomycosis y otras micosis profundas; oncocercosis (ceguera del río); rabia; sarna y otros ectoparásitos; esquistosomiasis; helmintias transmitidas por el suelo; envenenamiento por mordedura de serpiente; taeniasis/cisticercosis; tracoma; yaws.

EAIS: equipo de atención integral de salud

ETV: enfermedades transmitidas por vectores

ENI: Estrategia Nacional de Inmunizaciones

GAD: Gobierno Autónomo Descentralizado

Geohelmintiasis HTS: la palabra helminto se deriva del griego *έλμινθος* *hélminthos*, que significa gusano. Las helmintiasis hacen referencia a cualquier forma de enfermedad relacionada con infección por helmintos;

las helmintiasis de mayor importancia en SP comprenden cuatro parásitos nemátodos, cuyas formas adultas se alojan en el intestino y sus huevos se eliminan por las heces, y son: *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura*, *Ancylostoma duodenale* y *Necator americanus*. Estos son también conocidos como geohelminos. La infección por los geohelminos es causada por ingestión de huevos procedentes del suelo, agua o alimentos contaminados con materia fecal (vía oro-fecal) o por penetración a través de la piel de las larvas que están en el suelo (uncinarias); la palabra geohelminos se hace referencia a los helmintos transmitidos por el contacto con el suelo (HTS).

IR: investigación de la implementación

MAIS-FCI: Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural

MAIS-CE: Atención Integral en Salud en Contextos Educativos

MIES: Ministerio de Inclusión Económica y Social

MSP: Ministerio de Salud Pública del Ecuador

NBI: necesidades básicas insatisfechas

OMS: Organización Mundial de la Salud

ODM: objetivos de desarrollo del milenio

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PAI: Programa Ampliado de Inmunizaciones

PIANE: Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador 2018-2025

Quimioterapia preventiva QP: uso de medicamentos antihelmínticos, solos o asociados, como un instrumento de SP contra los helmintos. Es la administración temprana y periódica de medicamentos para reducir la ocurrencia, extensión, gravedad y consecuencias a largo plazo de la enfermedad.

RRHH: recursos humanos

RDACAA: registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias

PRAS: plataforma de registro de atención en salud

SVA: Semana de Vacunación en las Américas

SP: salud pública

TAPS: Técnicos de Atención Primaria en Salud

Resumen

Problema: Desde el año 2009 la Organización Mundial de la Salud propone la integración de la quimioterapia preventiva para el control de la geohelmintiasis a programas y plataformas de salud pública existentes, con la finalidad de que la quimioterapia preventiva sea costo-efectiva y sostenible en el tiempo. Pese a la propuesta de la Organización Mundial de la Salud, la integración de la quimioterapia preventiva en los programas y plataformas de salud pública existentes en el Ecuador es limitada o parcial.

Objetivo: esta investigación pretende identificar las barreras y facilitadores para la integración de la quimioterapia preventiva para el control de las geohelmintiasis en niños de 1 a 14 años, a las diferentes plataformas de salud pública existentes en el cantón Taisha, provincia de Morona Santiago, Ecuador.

Metodología: estudio de caso cualitativo, que en primera instancia logró identificar y describir los programas a los que puede integrarse la quimioterapia preventiva, recomendados por la Organización Panamericana de la Salud, mediante una revisión de los documentos normativos de estos programas, posteriormente con base en el Marco Consolidado para la Investigación de la Implementación, se identificarán barreras y facilitadores para la integración en 3 niveles de análisis: distrital, zonal y central, de acuerdo con los niveles administrativos de planificación que existen en Ecuador.

Resultados: en total se identificaron 6 programas compatibles con la integración de la quimioterapia preventiva, 3 de ellos: la Estrategia Nacional de Inmunizaciones, el Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador y el Modelo de Atención Integral de Salud en Contextos Escolares plantearon desde su marco normativo, aunque no de manera exhaustiva las condiciones más favorables para la integración de las actividades de desparasitación. Por otro lado, el Marco Consolidado para la Investigación de la Implementación permitió delimitar ciertas características contextuales comunes a los 3 niveles de análisis, que deben ser consideradas al momento de integrar la quimioterapia preventiva, a los programas ya identificados. No obstante, se percibe la integración de la quimioterapia preventiva como una estrategia aplicable al contexto, favorable para atenuar los efectos adversos que producen las geohelmintiasis en la salud de los niños entre 1 y 14 años del cantón Taisha.

Palabras clave: geohelmintiasis, integración, quimioterapia preventiva.

Abstract

Problem: Since 2009 the World Health Organization has been proposing the integration of preventive chemotherapy for the control of soil-transmitted helminth into existing public health programs and platforms, in order to make preventive chemotherapy cost-effective and sustainable over time. Despite the World Health Organization's proposal, the integration of preventive chemotherapy into existing public health programs and platforms in Ecuador is limited or partial.

Objective: this research aims to identify barriers and facilitators for the integration of preventive chemotherapy for the control of soil-transmitted helminth in children from 1 to 14 years old, to the different public health platforms existing in Taisha, Ecuador.

Methodology: qualitative case study, which in the first instance managed to identify and describe the programs that preventive chemotherapy can integrate into, recommended by the Pan American Health Organization, through a review of the normative documents of these programs, subsequently based on the Consolidated Framework for Implementation Research, will identify barriers and facilitators for integration into 3 levels of analysis : district, zonal and central, according to the administrative levels of planning that exist in Ecuador.

Results: In total, 6 programs compatible with the integration of preventive chemotherapy were identified, 3 of them: the National Immunization Strategy, the Ecuador Intersectoral Food and Nutrition Plan and the Comprehensive Health Care Model in School Contexts raised from their regulatory framework, although not exhaustively the most favorable conditions for the integration of deworming activities. On the other hand, the Consolidated Framework for Implementation Research made it possible to define certain contextual characteristics common to the 3 levels of analysis, which should be considered at the time of integration of preventive chemotherapy, to the programmes already identified. However, the integration of preventive chemotherapy is perceived as a favourable context strategy to mitigate the adverse effects of soil-transmitted helminth on the health of children between the age of 1 and 14 in Taisha.

Keywords: soil-transmitted helminth, integration, preventive chemotherapy.

1. Planteamiento del Problema

1.1. Enfermedad o problema de salud

Las infecciones por parásitos intestinales como áscaris (*Ascaris lumbricoides*), tricocéfalos (*Trichuris trichura*) y uncinarias (*Necator americanus* o *Ancylostoma duodenale*) ocurren en todo el mundo y se transmiten a los seres humanos principalmente por medio del contacto con el suelo, la vegetación, los alimentos y el agua contaminados con materia fecal que contienen los huevos de estos parásitos (1). Después de que los individuos han consumido los huevos de manera inadvertida, o de que las larvas de los parásitos intestinales provenientes del suelo han penetrado su piel, estas migran por varias vías hacia los intestinos, donde los parásitos adultos pueden vivir entre 1 a 5 años dependiendo de la especie (2). La sintomatología de las infecciones por helmintos transmitidos por el suelo es inespecífica y se evidencia cuando la infección es particularmente grave (1).

La persistencia de las HTS está estrechamente relacionada con la contaminación del medio ambiente con las heces de personas infectadas, situación que se presenta en poblaciones que viven en condiciones desfavorables tales como: condiciones sociales caracterizadas por un bajo nivel de escolaridad, desnutrición, zonas de conflicto, migración; condiciones en las que priman bajos ingresos económicos, carencia de acceso a servicios básicos como agua potable y saneamiento básico, vivienda precaria y la existencia de pisos de tierra; y condiciones ambientales marcadas por la contaminación, disposición inadecuada de excretas, cobertura de la vegetación y cambio climático. Razón por la cual a las HTS se las consideran como enfermedades infecciosas desatendidas (EID) o enfermedades de la pobreza (3).

Estimados globales recientes del proyecto DeWorm 3 respecto a la prevalencia de HTS (4) indican que más de 1000 millones de personas en el mundo están infectadas por algún geohelminto (*Ascaris*, *Trichuris* y uncinarias), más de 300 millones sufren de enfermedad severa y cada año mueren entre 10.000 – 135.000 de ellas (5). Los datos revelan un estimado de 4,9 millones de años de vida perdidos debido a estas parasitosis, de los cuales 65% corresponden a *Uncinaria sp.*, 22% a *Ascaris lumbricoides* y el 13% restante a *Trichuris trichiura* (6).

De los 580 millones de habitantes que viven en América Latina y el Caribe, cerca de 195 millones viven en situación de pobreza (definido por ganar menos de 2 dólares por día) y 71 millones viven en extrema pobreza (definido por ganar menos de 1 dólar al día) y presentan una carga de

enfermedad por HTS mayor que otras poblaciones (7). De igual forma, se estima que en 24 países de LAC existen más de 46 millones de infantes menores de 14 años con riesgo de contraer infección por HTS, lo cual tiene el potencial de afectar su crecimiento, desarrollo y traer consigo consecuencias irreversibles que alterarán su desempeño en la vida adulta (8).

En Ecuador las infecciones por HTS continúan siendo un problema importante de SP. Según datos de la OMS (9), Ecuador se encuentra entre los países con las más altas prevalencias de infección por HTS (\geq a 50%) en América Latina, por lo que se requiere de una cobertura de desparasitación de al menos el 75% de la población en riesgo de infección (10).

En el suroeste de la Región Amazónica del Ecuador se encuentra el cantón Taisha, perteneciente a la provincia de Morona Santiago, el cual presenta un alto nivel de parasitosis (11), como consecuencia de condiciones sanitarias deficientes, acceso a servicios de salud limitado, escasa educación sanitaria, condiciones geográficas y climáticas desfavorables, entre otras, que conducen a que se mantengan altas prevalencias de HTS y otros tipos de EID. Análogamente, la pobreza medida por NBI en este cantón es de 98,6%, este indicador de pobreza considera 5 variables para su construcción en los que se incluyen acceso a vivienda, saneamiento básico, educación y capacidad económica. El acceso a los servicios básicos (agua potable, alcantarillado, eliminación de basura y servicio eléctrico) en el cantón Taisha es de 2,5 %, el porcentaje más bajo reportado para el país. Cabe destacar que por su modo de vida estas poblaciones habitan en zonas dispersas de difícil acceso, desprovistas de servicios básicos y alcantarillado. Por esta razón las poblaciones alejadas de los centros urbanos y los grupos étnicos dispersos, son posiblemente más vulnerables a las HTS, pudiendo alcanzar prevalencias de hasta un 65% de la población (12,13).

En resumen, este cantón presenta las condiciones sociales, económicas y ambientales propicias para la presencia y persistencia de las infecciones por HTS.

1.2. Identificación/descripción de la intervención a estudiar

Debido a la dificultad para controlar conductas de riesgo (prácticas inadecuadas de higiene, no uso de calzado) y para mitigar o eliminar los factores sociales vinculados a esta enfermedad (pobreza, falta de acceso a servicios de salud, bajo nivel educativo, entre otros), los cuales hacen que los individuos estén en situación de vulnerabilidad a infecciones por

HTS, la OMS recomienda la QP con antihelmínticos de amplio espectro como la principal intervención a corto plazo para que la morbilidad por HTS pueda ser reducida significativamente. De igual forma, se recomienda promover el acceso al agua segura, saneamiento básico y educación sanitaria, a través del trabajo coordinado intersectorial (14).

En el caso de Ecuador, uno de los objetivos de desarrollo del milenio adoptados, fue contribuir con la disminución de la morbi-mortalidad de niños menores de 10 años, fortaleciendo la atención integral en este grupo etario a través de la Política Nacional de Salud de la Niñez (15). Como parte de esta política se instauró la realización de campañas masivas de desparasitación en todas las regiones del país, con la finalidad de reducir la carga parasitaria, la incidencia y la prevalencia de parásitos intestinales; sin embargo, en la actualidad esto no se ha cumplido.

A menos que se garantice la desparasitación de manera sostenida e integral, el riesgo de reinfección se mantiene latente, por este motivo la OMS, a través de la Resolución CD49.R19 (16), insta a los países miembros a que pongan en práctica estrategias de prevención, diagnóstico, tratamiento, control de las HTS de una manera integrada. Por consiguiente, la integración de actividades de desparasitación en las redes de servicios de salud existentes, fortalecen los sistemas de salud y los procesos de atención primaria que sirven de base para entrega de medicamentos, servicios preventivos y/o curativos (17). Esto permitirá brindar una atención integral a los niños menores de 14 años en riesgo de infección por HTS, en cualquier oportunidad de contacto con los servicios de salud.

Por otra parte, si bien Ecuador cuenta con programas orientados a disminuir la morbilidad y mortalidad de niños menores de 14 años (Estrategia Nacional de Inmunizaciones "ENI", Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador "PIANE", Estrategia de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia "AIEPI", Médico del Barrio, Misión Ternura, Programa de Alimentación Escolar, Atención Estomatológica, entre otros), y a través de estos programas muchas veces se han realizado actividades de desparasitación, que se han ofrecido de forma aislada, con coberturas variables y con seguimiento deficiente (18). De igual modo, en ninguno de ellos se ha incluido, de forma sistemática, la QP con antiparasitarios a niños de 1 a 14 años.

Cabe señalar que en Ecuador tampoco se cuenta con un programa específico para la desparasitación antihelmíntica, pero este no sería necesario si se aprovecha de los programas e infraestructuras existentes, dado que la QP es una actividad sencilla y segura que bien puede

integrarse a otros programas y dar excelentes resultados (19). De hecho, la OPS en el documento *Pautas Operativas para la puesta en marcha de actividades integradas de desparasitación contribución al control de las HTS en Latinoamérica y el Caribe*, recomienda no poner en marcha la QP como un programa o estrategia para la que haya que establecer una nueva infraestructura. Lo ideal es que esta intervención se realice dentro de los programas de SP ya existentes (19) (escuelas saludables, inmunizaciones, AIEPI, nutrición, control de enfermedades transmitidas por vectores, tuberculosis, entornos saludables y saneamiento básico, entre otros), haciendo parte de un paquete de atención integral de los servicios de salud (10).

En suma, la integración de la QP a los programas de SP existentes en el Ecuador es una recomendación reiterada de los organismos mundiales, regionales y nacionales de salud, que todavía no ha sido atendida y que no cuenta aún con estudios locales que revelen los aspectos que sustentan esta situación. De este modo, la OMS-OPS han establecido unos aspectos críticos para la adecuada integración de la QP a los programas de SP, por lo que un estudio de barreras y facilitadores para la integración de esta estrategia resulta importante para establecer las condiciones de posibilidad de su implementación.

Considerando los aspectos antes mencionados, este estudio explora las particularidades que se presentan como barreras y facilitadores para la integración de la QP contra las HTS en niños de 1 a 14 años, a los programas de SP existentes en el cantón Taisha-Ecuador, uno de los cantones más pobres del país y que está habitado mayoritariamente por etnias indígenas autóctonas; por consiguiente, el presente estudio responde a la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las barreras y facilitadores para la integración de la QP para el control de las HTS en niños de 1 a 14 años, a los programas de SP existentes en el cantón Taisha, provincia de Morona Santiago, Ecuador?

1.3. Justificación

La realización de esta investigación resulta pertinente teniendo en cuenta 5 aspectos prioritarios:

1. Las estrategias de integración de intervenciones de eficacia comprobada (QP) a programas de SP existentes, se presentan como una oportunidad para intensificar acciones comunes para la atención, reducción de la morbi-mortalidad y el control de distintas

enfermedades que afectan la salud de amplios grupos poblacionales en diversos lugares del mundo.

2. Para el control de las HTS existen medicamentos seguros y de muy bajo costo, como también medidas preventivas que podrían estar al alcance de todos, lo cual está condicionando al desarrollo y ejecución de acciones conjuntas e intersectoriales entre el sector salud, educación, medio ambiente, municipios, entre otros (20).
3. En Ecuador existen programas de salud dirigidos a prevenir y tratar enfermedades de la niñez (15), que podrían contribuir para el diseño de escenarios comunes de provisión de servicios de salud, procurando la utilización de recursos ya existentes (humanos, financieros, técnicos, logísticos y tecnológicos), con el fin de fortalecer el trabajo conjunto a nivel local y principalmente la APS.
4. En los últimos años, en Ecuador se han descontinuado las campañas de desparasitación a los infantes (21), además que no existe evidencia que demuestre la intencionalidad de integrar la QP a los programas y plataformas de SP existentes.
5. La alta prevalencia de las HTS especialmente en la región Amazónica (>50%), donde se ubica el cantón Taisha, ya que este presenta factores críticos para la sostenibilidad de la QP, principalmente por la falta de accesos a servicios básicos de calidad y la pobreza que caracteriza a los pobladores de este cantón.

La integración de la QP para las HTS en los programas y actividades de SP existentes permiten aprovechar el talento humano capacitado, sensibilizado y conocido por la comunidad. Por lo tanto, son actores que reconocen y afrontan las barreras culturales y sociales propias de las comunidades, lo que aumenta la confianza en los servicios y trabajadores de la salud; asimismo, estos programas cuentan con recursos económicos, infraestructura sanitaria, logística y procesos definidos, con lo cual garantizan la oferta de la QP, su sostenibilidad en el tiempo, logrando así aumentar el acceso y la oferta de los servicios de salud.

Al integrar la desparasitación a programas existentes, como el Programa Ampliado de Inmunizaciones, los costos de las actividades de desparasitación disminuyen hasta en un 47% (22), igualmente la administración de medicamentos antiparasitarios puede estar a cargo de personal no médico, que requiera capacitación previa corta y sencilla (maestros, voluntarios de la comunidad, líderes comunitarios, líderes religiosos y otros actores sociales), en coordinación con el Ministerio de

SP y de acuerdo con las regulaciones de cada país (23), por lo que los costos también mermarían.

Por otro parte, es importante destacar que a nivel mundial se gastan millones en innovaciones en salud, pero existe muy poca inversión en determinar la mejor manera de utilizarlas e implementarlas en el mundo real (24). En este sentido, el presente proyecto de investigación de la implementación permitirá planificar y ejecutar la integración de la QP, con una comprensión minuciosa el contexto para entender las particularidades propias de la implementación que pudiesen poner en riesgo la efectividad de estas acciones de SP.

Por consiguiente, generar evidencia que permita analizar las condiciones necesarias (barreras y facilitadores) para la integración de la QP, permitirá construir y orientar mejor las recomendaciones de política pública para la prevención y control de las HTS a los tomadores de decisión, apropiadas al contexto y con base en pruebas científicas; consideraciones cruciales para hacer realidad lo que en teoría es posible.

Además, los resultados de esta investigación se pueden replicar en otros cantones con contextos similares de la Región Amazónica y propiciar con ello un óptimo estado de salud de niños entre 1 y 14 años.

La falta de identificación de estas barreras antes de la ejecución de la integración de la QP puede ocasionar pérdidas económicas considerables al sistema de salud ecuatoriano, así como la desconfianza hacia los servicios de salud por parte de los habitantes del cantón Taisha.

2. Objetivos

Esta investigación pretende brindar aportes que favorezcan la integración de la QP en los programas de SP del cantón Taisha, provincia de Morona Santiago, Ecuador en los años 2019-2020, como estrategia para el control de las HTS en niños de 1 a 14 años. Por este motivo, se proponen los siguientes objetivos:

2.1. Objetivo General

Identificar las barreras y facilitadores para favorecer la integración de la QP para el control de las HTS en niños de 1 a 14 años, a uno o más de los programas de SP existentes, en el cantón Taisha, provincia de Morona Santiago, Ecuador.

2.2. Objetivos Específicos.

1. Identificar y describir los programas de SP existentes en el cantón Taisha a la luz de los factores críticos para la integración de las actividades de desparasitación propuestos por la OMS-OPS.
2. Explorar las condiciones que se presentan a modo de barreras y facilitadores para la integración de la QP para el control de las HTS, a los programas de SP más idóneos del cantón Taisha, mediante el uso de los dominios y constructos del Marco Consolidado para la Investigación de la Implementación CFIR.

3. Marco Teórico

3.1. Helmintiasis transmitidas por el suelo, una enfermedad desatendida

La OMS define a la pobreza como la enfermedad más mortal en el mundo, esta condición socioeconómica afecta a más de 1.000 millones de personas de todas las edades y en todo el mundo. De este modo las EID son un grupo de enfermedades parasitarias y otras enfermedades infecciosas que están relacionadas directamente con la pobreza (25), por este motivo controlar y/o eliminar estas enfermedades se convierten en objetivos prioritarios para la SP. Para tal fin se deben mejorar las condiciones básicas y elementales para la vida de las personas como: acceso a educación, vivienda, servicios de salud, saneamiento básico, trabajo, servicios básicos.

Dentro de las EID, los helmintos transmitidos por el suelo tienen gran importancia ya que se consideran infecciones que afectan a los más pobres de los pobres (23), son más comunes en las regiones tropicales y subtropicales del mundo, en los asentamientos periurbanos de las ciudades y en áreas rurales. La mayor prevalencia de HTS se presenta en áreas con inadecuadas condiciones higiénicas, dificultades en el acceso a agua segura y con pobre educación sanitaria de las familias (6). Estos parásitos (*Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura*, *Necator americanus* o *Ancylostoma duodenale*) infectan a un estimado de 1,45 mil millones personas en todo el mundo, resultando en la pérdida de casi 5 millones de AVAD anualmente (6,26). La carga de enfermedad de estas parasitosis se atribuye principalmente al impacto crónico e insidioso que ocasionan a la salud y a la calidad de vida de quienes las sufren (anemia, desnutrición y deterioro de la cognición, especialmente en los infantes), más que por la mortalidad que ocasionan (23).

3.2. Marco político y acuerdos internacionales para el control y eliminación de las EID

Un hito en el compromiso político en SP de América Latina y el Caribe fue la aprobación por parte de los Estados Miembros de la Resolución CD49.R19 del Consejo Directivo de la OPS del 9 de octubre de 2009, sobre la *Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza*.

En las Américas el grupo se conforma por 12 de esas enfermedades, muchas de las cuales son causadas por parásitos (HTS, esquistosomiasis, oncocercosis, enfermedad de Chagas, filariasis linfática, malaria), otras

por bacterias (peste, tracoma, lepra, sífilis congénita, tétanos neonatal) o por virus (rabia humana transmitida por perros). Según las metas de eliminación aprobadas en 2009 por el Consejo Directivo de la OPS y de acuerdo con la Hoja de Ruta de la OMS para enfermedades tropicales desatendidas 2012, estas enfermedades podrían ser eliminadas entre el 2015 y 2020. La resolución CD49.R19 (16) promueve todas las estrategias para un abordaje sostenible e integral de los factores sociales y determinantes de la salud que perpetúan la transmisión de las EID.

Esta resolución fue ratificada en el 2013 por la Organización de los Estados Americanos con la resolución AG/RES. 2810(XLIII O/1), en el mismo año, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la Resolución WHA62.12 instando a los Estados Miembros a ejecutar las intervenciones de lucha contra las EID incluyendo las HTS y lograr las metas establecidas en la hoja de ruta para estas enfermedades.

3.3. Caracterización de las HTS en Ecuador

Un metaanálisis realizado por Chammartin en el año 2013, trató de identificar vacíos en los datos disponibles acerca de la prevalencia de HTS publicados entre el año 2000 y 2010 en América Latina y el Caribe. Este trabajo reveló un total de 335 estudios publicados en 18 países, 11 de ellos correspondientes a Ecuador, de los cuales 4 (36,4%) estimaron una prevalencia entre 20-50% que configuran zonas de riesgo medio y 5 (45,5%) una prevalencia >50% que configuran zonas de alto riesgo (27). Por otro lado, en un estudio a gran escala realizado en los años 2011-2012, en el que se seleccionaron un total de 920 niños entre 6-16 años de 18 escuelas rurales de las 3 regiones naturales del Ecuador: Costa, Sierra, Oriente, cuyo objetivo fue estimar la prevalencia y distribución de las infecciones por HTS y la desnutrición en niños en edad escolar en áreas rurales de Ecuador. Los resultados de esta investigación mostraron que 257 (27,9%) de los infantes estuvieron infectados con algún HTS; la prevalencia de trichuris, ascaris y uncinarias fue 19,3%, 18,5% y 5,0%, respectivamente. Respecto a otras regiones del país, los infantes en edad escolar de la región Amazónica presentaron una prevalencia más alta de infección (58,9%) de los cuales la proporción más elevada fue de infecciones con intensidades moderadas/severas (45,6%). Las prevalencias en la región Costa y Sierra fueron de 14,5% y 10,1%, respectivamente. Según este estudio y de acuerdo con las recomendaciones de la OPS, la región Amazónica, en la cual se encuentra el cantón Taisha, es considerada una zona de alto riesgo de infección (>50%), mientras que las regiones de la Costa y Sierra (<20%) son consideradas de bajo riesgo (11). Estas diferencias no son sorprendentes considerando que la Región Amazónica es la más pobre del país. En el

2014, la pobreza de esta región alcanzó 45,9%, valor por encima de la tasa de pobreza nacional (31,2%) (15).

Por su parte en un estudio realizado por Colston & Saboyá (7) en el año 2013, evidenció que las áreas con mayor riesgo para infección por HTS se encuentran en la región Amazónica, seguido por la región Costanera. Este índice de riesgo se calculó considerando variables sociodemográficas como el hacinamiento, nivel de escolaridad y saneamiento básico de las viviendas. En este mismo estudio se predijeron las prevalencias, las cuales fueron mayores en ciertas zonas de la región Amazónica (>50%), mientras que en el resto del país las prevalencias estarían entre 20% y 50%.

Así mismo, todos los estudios mencionados que evidencian prevalencias superiores al 50% en la Región Amazónica, podrían ser explicadas por las condiciones ambientales y climáticas de esta región, las cuales favorecen la transmisión de los parásitos más que en otras regiones del país. Por consiguiente, el clima tropical y lluvioso de estas áreas determina la presencia de un suelo arcilloso y húmedo óptimo para el desarrollo, mantenimiento y propagación de estas infecciones (28).

3.4. Intervenciones para el Control de las HTS

Las intervenciones actuales para las HTS propuestas por la OMS-OPS, enfatizan el control de la morbilidad a través de la DA. Según estas instancias de salud, esta intervención es eficaz (29,30) para reducir la morbilidad en los tratados, pero sin un manejo integral que incluya el mejoramiento del acceso a agua segura, el saneamiento básico, la educación y la higiene es más complejo lograr que se interrumpa la transmisión (19,23,31).

Por consiguiente, existe evidencia científica (3,8,9,27) que sustenta la estrecha relación entre la endemidad de la infección por HTS y las deficiencias en las condiciones de acceso a agua segura, saneamiento básico, higiene personal y la práctica de conductas personales y familiares que facilitan la infección. Sin intervenir sobre estas condiciones, la prevalencia de la infección tenderá a volver a sus cifras basales, es decir, las que existían antes de iniciar la QP para la población en riesgo de infección (31,32). Sin embargo, es importante reconocer que en las zonas endémicas y con alta prevalencia de HTS, los cambios en estos factores determinantes toman tiempo, por lo que no es recomendable retrasar la implementación de la QP, mientras se espera a que sean modificados los determinantes de la infección (5,23,33). Por lo tanto, la DA tendrá que continuar de manera sistemática para mantener el beneficio, ya que los

modelos matemáticos propuestos por el proyecto DeWorm 3 (4,34) sugieren que la interrupción de la transmisión puede lograrse únicamente a través de DA, siempre que en todos los grupos de riesgo se mantenga una cobertura elevada.

Por lo anterior, las acciones para alcanzar la meta de control y/o eliminación de las HTS (reducción de la prevalencia e intensidad de infección) deben ser una combinación de acciones con enfoque integral (23,32), en las que la QP se realice de manera simultánea con el mejoramiento de las condiciones sanitarias e higiénicas necesarias (35).

3.4.1 Quimioterapia Preventiva Antihelmíntica

La QP consiste en el uso de medicamentos como medida de SP para el control de la morbilidad en poblaciones aparentemente sanas, que están en riesgo de infección o enfermedad. Están dirigidas a niños en edad preescolar y escolar, mujeres en edad fértil y adultos en ciertas ocupaciones de alto riesgo como los trabajadores agrícolas o mineros (36,37). De esta forma, la administración temprana y sistemática de medicamentos antihelmínticos reduce la aparición, alcance, gravedad y consecuencias a largo plazo de la morbilidad y, en ciertas condiciones epidemiológicas contribuye a la reducción sostenida de la transmisión (10,33).

Cabe señalar que la aplicación de la QP como medida de SP para controlar las HTS depende de la administración de medicamentos antihelmínticos como el albendazol, dietilcarbamazina, ivermectina, levamisol, mebendazol, prazicuantel y pirantel (23). La OMS recomienda estos medicamentos no sólo debido a su facilidad de administración y eficacia, sino también por su buen perfil de seguridad, mínimos efectos secundarios y bajo costo (30), que permiten usarlos sin necesidad de diagnóstico individual en las zonas de alta endemicidad (33). A continuación, se describen los principales beneficios de la QP relacionados con la nutrición, crecimiento, desempeño cognitivo, impacto frente a otras enfermedades, impacto social y ambiental:

Tabla 1. Beneficios de la desparasitación:

| Nutricionales, en crecimiento y frente a otras infecciones | En el desempeño cognitivo, impacto social, económico y ambiental |
|--|--|
| Previene y reduce la anemia y el déficit de vitamina A y otros micronutrientes (38). | Disminuye el ausentismo escolar hasta un 25% (2,10,39). |
| Reduce la anemia en las mujeres embarazadas, mejorando la salud fetal y aumentando el peso de los infantes al nacer (2,20,29). | Mejora el desarrollo motor y del lenguaje de pre-escolares (10,40). |
| Contribuye a aumentar hasta en un 35% el peso en niños en edad pre-escolar con desnutrición (10). | Mejora la aceptabilidad y adherencia de la comunidad a otros programas de salud (41). |
| Mejora el apetito en 48% de los niños (42). | |
| Previene el 82% del retraso en el crecimiento | Contribuye a la reducción de la contaminación del suelo por HTS (42). |
| Contribuye al control de otros parásitos como los Oxiuros (30). | |
| Reduce el establecimiento de la infección por VIH y la progresión a fase SIDA (10). | Contribuye a aumentar el ingreso de los adultos (productividad económica) en un 40% (9). |
| Contribuye a disminuir la carga de enfermedad por malaria y de la tuberculosis (10,43). | |
| Reduce la alteración de la respuesta inmunológica del individuo a la toxina del cólera (44). | |

Fuente: pautas operativas para la puesta en marcha de actividades integradas de desparasitación (19,45).

En consecuencia, para lograr que una actividad de desparasitación tenga un efecto significativo, es indispensable que ella sea de carácter masivo, en corto tiempo, de modo que llegue a toda la población en riesgo de sufrir infección, y periódico (tabla 2) por un plazo determinado en aquellas zonas geográficas que tienen una prevalencia superior al 20% (19).

Tabla 2. Periodicidad de administración de antihelmínticos según la prevalencia de infección por HTS

| Categoría de riesgo | Prevalencia por HTS | Acciones Recomendadas |
|-------------------------------|----------------------------|---|
| Comunidades en alto riesgo | $\geq 50\%$ | Tratar a los niños dos veces al año y hacer extensiva la desparasitación con esta misma periodicidad al resto de población elegible y de forma progresiva. |
| Comunidades en mediano riesgo | $\geq 20\%$ y $< 50\%$ | Tratar a los niños una vez al año y hacer extensiva la desparasitación con esta misma periodicidad al resto de la población elegible y de forma progresiva. |

| | | |
|----------------------------|-------|---|
| Comunidades en bajo riesgo | < 20% | No se recomiendan las intervenciones masivas o poblacionales; se debe dar tratamiento individualizado a los casos diagnosticados. |
|----------------------------|-------|---|

Fuente: pautas operativas para la puesta en marcha de actividades integradas de desparasitación (10,17).

3.4.2 Estrategia WASHED

Dado que el ciclo de transmisión de las HTS y la persistencia de las mismas están relacionados con deficiencias en la disposición de las heces humanas (46), existen tres determinantes que tienen una relación directa (9,25) en el mantenimiento de las HTS en las comunidades: el acceso a agua segura, el acceso a saneamiento básico y el mejoramiento de la higiene mediante la educación en salud. La estrategia WASHED (47) (por sus siglas en inglés de *Water, Sanitation, Hygiene education and Deworming*), facilita la implementación de acciones complementarias a la QP para avanzar hacia el control de las HTS, centrándose además de la desparasitación en los 3 determinantes que tienen una relación directa con la persistencia de las HTS.

Así, la estrategia WASHED (48) promueve acciones complementarias como son el lavado de manos; disposición adecuada de las heces; uso de calzado; reducción de defecación a cielo abierto; acceso y uso de letrinas en el hogar y en la escuela; acceso a agua segura para beber, para el aseo personal y para la preparación de alimentos; así como promover el tratamiento y almacenamiento adecuados del agua en el hogar.

3.5. Actividades Integradas de Desparasitación

La integración se entiende como un proceso para organizar de manera conjunta la planificación, ejecución, evaluación y monitoreo de las actividades. De este modo se coordina el trabajo conjunto con la finalidad de potenciar los recursos (físicos, humanos, tecnológicos, financieros, logísticos) y mejorar la eficiencia de los programas y plataformas de SP locales existentes (19). La resolución CD49.R19 (16) recalca la importancia de un abordaje integral que incluya actividades integradas de desparasitación con programas de salud existentes, como el Programa Ampliado de Inmunizaciones, los programas de control de enfermedades transmitidas por vectores (ETV), la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), etc., y acciones intersectoriales, con los sectores de educación, vivienda, desarrollo, agua y saneamiento básico, medio ambiente, agricultura y ganadería necesarias para el abordaje integral y sostenible de los factores determinantes de la salud (49).

Del mismo modo, partiendo de múltiples experiencias exitosas en varios países (19,20), la recomendación de la OMS es categórica: lo ideal es integrar la actividad de desparasitación contra las HTS a programas y plataformas ya existentes. Sin importar el método, la QP es más sostenible y costo-efectiva cuando tiene lugar como parte de otra actividad de SP en curso, o como parte de los sistemas de salud existentes (41). A continuación, se presentan experiencias exitosas en 3 países donde se logró la integración de la QP a programas de SP:

Tabla 3. Actividades integradas de desparasitación exitosas:

| País | Plataforma de Integración | Cobertura | Lecciones Aprendidas |
|----------------------|--|--|---|
| República Dominicana | Se integró la QP al programa de salud escolar y nutrición | 2011(74.3%) 2012(71,5%) | La adherencia al tratamiento, pues los niños aceptan el medicamento y son las mismas madres quienes desean que sus hijos sean desparasitados. |
| México | Se integró a las 2-3 Semanas nacionales de vacunación. | 2007 y 2008 (60%). En 2009 cercana a 100%. En 2011 fue de 98,2%. | La integración de la QP en las semanas nacionales de salud ha mostrado un mayor impacto que hacerla de manera aislada. |
| Nicaragua | Desde 1994 se entrega una dosis de antiparasitario durante las jornadas anuales de vacunación como una actividad integral. | 2013 (97-103%) | El desarrollo de estrategias locales de promoción e información fue clave para el desarrollo y éxito de la jornada |

Fuente: taller de formación de facilitadores para los planes de acción integrados para el control de las EID (17).

Asimismo, los beneficios de la integración de las actividades de desparasitación son múltiples: al integrar la desparasitación a programas existentes como los de complementos nutricionales o inmunización, los costos de ésta disminuyen de \$0,27 (USD) a \$0,025 (USD) por niño si se los compara con los programas dedicados exclusivamente a la desparasitación (2,22). Las investigaciones enfatizan que la integración puede reducir los costos de los tratamientos masivos para las HTS hasta en un 47% (20).

La integración también beneficia a los otros programas, ya que las intervenciones de desparasitación tienden a ser bien recibidas por las comunidades locales. Por consiguiente, integrar la desparasitación puede aumentar la confianza de las comunidades en los servicios de salud, así como las tasas de participación en los programas de nutrición e

inmunizaciones, por lo que brinda la posibilidad de aumentar el acceso y la oferta de los servicios de salud (45).

Así mismo, la integración con los programas de complementación con vitamina A e inmunizaciones es sinérgica desde el punto de vista biológico. Las investigaciones muestran que las tasas de absorción de vitamina A en niños infectados mejoran significativamente después de recibir los medicamentos antihelmínticos (38). También se ha demostrado que las infecciones parasitarias debilitan el sistema inmune (32). Así, la desparasitación probablemente aumente la aceptación de las vacunas, como lo evidencian los resultados de estudios en que se demuestra la deficiente respuesta a las vacunas contra neumonía y TB en individuos infectados con HTS (2,18).

Otra razón que valida la integración de la desparasitación con otros programas es la fácil administración de los medicamentos antihelmínticos (35). Las plataformas existentes cuentan con un recurso humano capacitado, sensibilizado y que conocen a la comunidad, por lo tanto, han sabido identificar y afrontar las barreras culturales y sociales, lo que aumenta la aceptación y adherencia del tratamiento. Por otro lado, los programas existentes cuentan con recursos económicos, infraestructura sanitaria, logística y procesos definidos (19,20,45), garantizando la sostenibilidad en el tiempo.

En fin, la desparasitación es barata, sencilla y segura. Dado su significativo impacto sobre la salud, su capacidad para generar asociaciones con otros programas, así como para mejorar las percepciones en torno a los servicios de salud, la integración con otros programas tiene mucho sentido.

3.6. Características recomendadas para las actividades de desparasitación.

Para la OMS-OPS (14,46), las condiciones ideales de los componentes, plataformas y programas a los que puede integrarse la desparasitación son las siguientes:

- El programa al que se desea integrar la QP debe llegar a la misma población a riesgo de infección por HTS. Es decir, debe cubrir al menos el 75% de la población objetivo.
- El eje de acción del programa debe incluir como mínimo a preescolares y escolares.
- Debe contar con una infraestructura establecida.

- La periodicidad de las intervenciones de los programas debe coincidir con la periodicidad de las rondas de desparasitación.
- Incluir la participación comunitaria como eje fundamental de la adhesión de las comunidades.
- Disponer indicadores establecidos de monitoreo y evaluación.
- Tiene que ser una actividad integrada y no un programa vertical y aislado; por lo tanto, podría ser parte de un paquete que vincule la coordinación intersectorial.
- Contar con recursos humanos y financieros asignados para su planificación, ejecución, monitoreo y evaluación.
- Incluir la vigilancia de los posibles efectos adversos después de los tratamientos.
- Tener un liderazgo nacional y subnacional.
- Ser una actividad regular en las comunidades hasta lograr reducir la prevalencia de HTS.
- Tener acceso a áreas geográficas marginadas.
- Debe realizar promoción y educación en salud.
- Incluir la vigilancia centinela durante el periodo de implementación de la desparasitación y las evaluaciones de impacto de esta.
- Contar con un sistema de registro de información.

3.7. Investigación de la Implementación “IR”

La investigación de la implementación es un área de investigación de salud creciente que puede contribuir a políticas y programas de SP más efectivos (50). Se estima que en promedio la investigación clínica tarda más de una década en traducirse en una política eficaz y en una práctica clínica basada en la evidencia (51). Sin embargo, la investigación de la implementación de los procesos, las políticas, las percepciones de los actores clave, el sistema de salud, entre otros, que contextualizan los hallazgos de la investigación clínica son necesarias para garantizar que las intervenciones y estrategias de eficacia comprobada se adapten adecuadamente a los diferentes contextos epidemiológicos y de aplicación (34). De este modo, la IR puede considerar cualquier aspecto de la implementación, incluidos los factores que afectan la implementación: los procesos, los resultados, incluida la forma de introducir soluciones potenciales en un sistema de salud o la forma de promover su uso y sostenibilidad a gran escala. La intención es entender qué, por qué y cómo funcionan las intervenciones en contextos reales considerando todos los aspectos que pueden influir en la implementación exitosa de estas (52).

Para este fin, la IR emplea estrategias de implementación definidas como: métodos o técnicas utilizadas para mejorar la adopción, implementación y sostenibilidad de un programa o práctica clínica (53). De este modo,

cuando comprendemos los medios o métodos específicos para adoptar y sostener las intervenciones, las estrategias de implementación se reconocen como necesarias para obtener los beneficios para la SP basados en la evidencia. En consecuencia, desarrollar estrategias para superar las barreras y aumentar la efectividad de la implementación es una prioridad de la IR (54). Por tanto, en la presente investigación la intervención considerada es la QP-DA y la estrategia de implementación propuesta por organismos internacionales es la integración de las actividades de desparasitación a otras plataformas de SP existentes.

Por otra parte, los estudios de IR pueden emplear métodos de investigación cuantitativos y cualitativos o una combinación de los dos (métodos mixtos) (55). De este modo, los métodos de investigación cualitativos son un componente clave de las investigaciones epidemiológicas, dado que nos pueden proporcionar información sobre las percepciones, valores, opiniones, normas y factores contextuales en las que se están llevando a cabo las investigaciones (56). Por otro lado, al diseñar una intervención, los métodos cualitativos pueden ser útiles para explorar las dimensiones de aceptabilidad, para incrementar las probabilidades de aceptación y el éxito de la intervención; en la evaluación de los programas de SP, estos métodos facilitan al investigador evidenciar lo que salió bien o mal, o en la solución de problemas del por qué un programa no funcionó tan bien como se esperaba (57).

4. Metodología

En este apartado, se busca dar forma, sin perder de vista los objetivos planteados, al paso a paso que se ha seguido en este estudio de investigación de la implementación. La ruta que aquí se plasma permite dar cuenta del proceso sistemático y coherente con el fenómeno estudiado, con la finalidad de responder a la pregunta de investigación previamente delimitada.

4.1. Diseño de la investigación

La integración de la QP puede encontrar ciertos obstáculos relacionados con deficiencias en la identificación y contextualización detalladas de las características del entorno donde se pretende implementar la estrategia. Estas condiciones pueden asociarse con aspectos políticos locales, el sistema de salud de territorio, las características socioculturales de los individuos, entre otras (55). Por lo cual, el presente estudio se enmarca en la investigación de la implementación, y se apoya en el método cualitativo con un alcance exploratorio. Esta metodología permite explorar a profundidad las percepciones, valores, opiniones, normas y factores contextuales para comprender los procesos críticos de implementación (56,57) en la integración de la QP como estrategia de eficacia comprobada para el control de las HTS en Ecuador.

Esta investigación utiliza un enfoque de estudio de caso con una base analítica en el paradigma interpretativo. Este paradigma plantea una forma de entendimiento de los fenómenos en sus dimensiones sociales y contextuales en la cual el sujeto observador interactúa a profundidad con el objeto de investigación con la intención de experimentar sí mismo y dar a conocer formas de comprender la realidad (58).

Por otro lado, el enfoque de estudio de caso es definido por Mills (59) como un método para aprender respecto de una instancia compleja, basado en su entendimiento comprensivo como un todo y su contexto, mediante datos e información obtenidos por descripciones y análisis extensivos. Creswell (60) lo define como un análisis profundo de un caso y su contexto, con fines de entender su evolución o desarrollar e ilustrar una teoría. Thomas & Schneider (61) mencionan que los estudios de caso se utilizan para el análisis de personas, eventos, decisiones, periodos, proyectos, políticas, instituciones u otros sistemas que son estudiados integralmente por uno o más métodos; el caso que es objeto del estudio será una instancia de una clase de fenómenos que proporciona un marco analítico dentro del cual se lleva a cabo el estudio.

4.2. Población y muestra

4.2.1 Sitio de Estudio y población de referencia

Según la Constitución de la República del Ecuador, para la administración del Estado y la representación política el país se dividió en provincias, cantones y parroquias. Por consiguiente, el punto principal para esta investigación lo constituye el cantón Taisha, el cual pertenece a la provincia de Morona Santiago, está conformado por 4 parroquias rurales (Macuma, Huasaga, Pumpuentsa y Tuutinentsa) y una urbana (Taisha, cabecera cantonal). Sus límites son: al norte con la provincia de Pastaza, al sur con el cantón Tiwintza y la República del Perú, al este con la provincia de Pastaza y la República del Perú, y al oeste con los cantones Huamboya, Morona y Tiwintza.

De acuerdo al último censo poblacional del año 2010 (62), Taisha tiene una población proyectada al año 2019 de 18.437 habitantes de los cuales el 50,8% son hombres (9.369) y el 49,2% son mujeres (9.069); el 95% son pueblos indígenas de las nacionalidades Shuar y Achuar del Ecuador.

Las nacionalidades Shuar y Achuar tienen presencia en 2 países: Ecuador y Perú. De este modo, la nacionalidad Shuar se ubica en las provincias de Morona Santiago, Pastaza y Zamora Chinchipe, existiendo otros asentamientos en las provincias de Sucumbíos y Orellana en la Amazonía, y en la Región Litoral del Ecuador en Guayas y Esmeraldas. Se agrupan en centros comunitarios que están precedidas por un síndico, centros que se articulan en Federaciones donde la máxima autoridad es la Asamblea, la cual está dirigida por un directorio la cual preside un presidente.

Se dedican a la agricultura, pesca y caza, en los tiempos libres, en especial las mujeres, se dedican a la elaboración de artesanías, productos que elaboran con semillas y elementos propios de la selva.

Utilizan la medicina natural, son defensores y conocedores de las bondades curativas de las plantas que existen en sus territorios; este conocimiento se trasmite de generación en generación, ya sea de manera oral o cuando lo aplican en la vida cotidiana de su nacionalidad (63).

Por su parte, la nacionalidad Achuar se encuentra ubicada en las provincias de Pastaza: cantón Pastaza, parroquias Montalvo y Simón Bolívar; Provincia Morona Santiago: cantón Taisha, parroquia Huasaga. Conforman 56 centros comunitarios con alrededor de 830 familias y 5.554 habitantes aproximadamente.

Viven de la caza, pesca y de la recolección en el bosque húmedo tropical; la pesca y la caza son esenciales para la provisión de proteínas, además de ser fuente principal de su economía juntamente con la horticultura y producción agropecuaria (fibra, fruta de la palma, y más recientemente ganado).

En la antigüedad, el Achuar era muy apegado a sus tradiciones: la práctica de la poligamia, la pintura de guerra, el discurso de guerra, y la tradicional toma de guayusa. Los Achuar son celosos en lo que respecta a sus tierras, no permiten la entrada de empresas petroleras y mineras a su territorio por el temor a la contaminación del medio ambiente y posibles estragos culturales, como ha pasado con algunas nacionalidades. Esto ha causado conflictos con el gobierno que, muchas veces, ha intentado mediar con sus dirigentes sin tener resultado alguno, a diferencia de sus hermanos del Perú que ya han comenzado a colaborar con las empresas petroleras (64).

4.2.2 Muestreo y muestra

Para el objetivo 1, la identificación de los programas de SP presentes en el cantón Taisha, a la luz de la integración de la actividades de desparasitación, se realizó por criterio teórico (65) sobre la base del problema y propósito de la investigación. Muestra final: 86 documentos

Para el objetivo 2, el muestreo también corresponde a criterio, identificando los actores clave de cada uno de los programas de SP más relevantes identificados en el objetivo 1. Muestra final: 8

Tabla 4. Caracterización de los entrevistados.

| Nivel | Código entrevista | Sexo | Profesión | Cargo |
|-------|-------------------|------|--|---|
| Local | TSC 001 | M | Licenciada en Promoción y Prevención de la Salud | Responsable Distrital del Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador |
| | TSC 002 | H | Licenciado en Enfermería | Responsable Distrital de la Estrategia Nacional de Inmunizaciones |
| Zonal | CUE 003 | H | Médico Epidemiólogo especialista en Gestión de Proyectos | Especialista de Estrategias de Prevención y Control |

| | | | | |
|----------|---------|---|--|---|
| | CUE 004 | H | Médico Epidemiólogo | Especialista de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Inmunoprevenibles |
| | CUE 005 | H | Médico Epidemiólogo | Ex-Director Zonal de Vigilancia de la SP |
| Nacional | UIO 006 | H | Médico Salubrista | Ex-Viceministro de Atención Integral en Salud |
| | UIO 007 | H | Médico especialista en Enfermedades Tropicales | Responsable Nacional de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas |
| | UIO 008 | M | Médica especialista en Prevención de Riesgos Laborales | Gerente Institucional de la Estrategia Nacional de Inmunizaciones |

En cuanto a los grupos focales la población fue seleccionada a conveniencia. Los grupos estuvieron conformados de la siguiente manera: el primero con técnicos de atención primaria en salud debido a que son el nexo entre los servicios de salud estatales y la comunidad (muestra final: 6), el segundo con profesores dado su liderazgo en el ambiente escolar clave en las intervenciones comunitarias (muestra final: 6), y el tercero con acudientes debido a su responsabilidad en la participación de los menores en este tipo de intervenciones (muestra final: 5).

Criterios de inclusión:

Funcionarios involucrados como responsables de los programas de SP previamente seleccionados en el objetivo 1 en los diferentes niveles: distrital, zonal y nacional definidos en el Ministerio de SP y Ministerio de Educación del Ecuador

Se consideró incluir al menos 1 profesor de cada uno de los 6 diferentes planteles educativos que albergan al mayor número de estudiantes entre 1 y 14 años, en el cantón.

Se propuso hacer el grupo focal con al menos 5 acudientes de los niños entre 1 y 14 años de una escuela de la cabecera principal del cantón.

Al menos 5 Técnicos de Atención Primaria en Salud, que se desempeñan en las comunidades más pobladas del cantón.

4.3. Primer momento: preparación y diseño de la investigación

De acuerdo al enfoque metodológico seleccionado, el caso en estudio es: La integración de la QP para el control de las HTS a los programas de SP existentes en el cantón Taisha, en 3 niveles de análisis: local, zonal y central, durante el año 2019. Los niveles de análisis se definieron tomando como base los niveles administrativos de planificación presentes en Ecuador, que obedecen a una estructura de desconcentración basada en 3 niveles administrativos de planificación: central, zonal y local; lo cual contribuye a la identificación de necesidades y soluciones efectivas para la prestación de servicios públicos en todo el territorio nacional (66).

El estudio identificó diferentes programas de SP existentes en Ecuador y logra una aproximación inicial a los programas que se centran a la atención del grupo de edad de interés (niños de 1 a 14 años). Esto demandó una revisión documental de los lineamientos normativos (leyes, decretos, manuales, directrices, resoluciones, entre otros) de cada programa para identificar posibles condiciones que puedan actuar a manera de barreras y facilitadores para la integración, a partir de la evaluación de las condiciones ideales que deben incluir las plataformas a las que pueda integrarse la desparasitación.

Para apoyar la evaluación de barreras y facilitadores para la implementación en los diferentes programas examinados, el presente estudio utilizó el Marco Consolidado para la Investigación de Implementación (CFIR).

Un marco conceptual (65) se define como un conjunto de ideas relacionadas que sustentan el diseño de la investigación. De este modo, se han desarrollado numerosos marcos conceptuales aplicados a los estudios relacionados con la implementación, uno de estos, el Marco Consolidado para la Investigación de Implementación (CFIR), es un meta-marco integral basado en la evidencia, que se basa en la psicología, la sociología, el cambio organizacional y otras disciplinas para proporcionar una taxonomía integral y multidisciplinaria de constructos que influyen en la implementación de intervenciones complejas. Este marco fue propuesto por Damschroder L. et al. en 2009 (67), quien combinó 19 teorías de implementación para construirlo.

El CFIR se compone de 5 dominios principales (características de la intervención, entorno externo, entorno interno, características de los individuos y de los procesos), con 39 constructos subyacentes que

potencialmente pueden influir en la implementación de estrategias (68). Al proporcionar un marco de constructos (anexo 1), el CFIR promueve el uso consistente de estos, el análisis sistemático y la organización de los resultados de los estudios de implementación, promoviendo un lenguaje común mediante el cual se pueden articular los determinantes de la implementación y adaptar fácilmente a diferentes contextos y escenarios.

En consecuencia, los constructos del CFIR pueden plantearse como criterios de implementación y evaluación de 3 maneras distintas: 1) crear conciencia sobre posibles factores influyentes; 2) facilitar el análisis de procesos y resultados y 3) organizar todos los hallazgos de un proceso de implementación (69). Por consiguiente, puede ser utilizado como una guía para los investigadores que les permita analizar, interpretar y/o informar hallazgos relacionados con la implementación, ya que identifican las variables que son más importantes para la implementación de una intervención o estrategia en particular; para desarrollar enfoques de recopilación de datos; para identificar barreras potenciales y facilitadores antes y durante una implementación, esto a su vez puede ayudar a guiar la selección de alternativas de solución para superar o aprovechar estos factores influyentes.

Este marco se aplica en este tipo de estudios para explicar o describir los resultados de la investigación (69,70), en cualquier fase de la implementación, es decir, antes, durante o después (67).

En esta investigación el CFIR sirvió de base para guiar el desarrollo de la guía de las entrevistas y grupos focales, para la codificación y categorización de los datos con base en los constructos y dominios propuestos por el mismo, y para el análisis de los datos en la identificación de barreras y facilitadores para la integración de las actividades de desparasitación.

4.3.1 Control de sesgos

Las guías de las entrevistas y de los grupos focales fueron valoradas adicionalmente del director de trabajo de grado, por un investigador con experiencia en estudios cualitativos, quien validó el proceso de formulación de las preguntas incluidas en las guías. Además, cabe destacar que el uso del CFIR, brinda credibilidad, confiabilidad, y transferibilidad al presente estudio, criterios que son fundamentales al momento de evaluar estudios de métodos cualitativos.

4.3.2 Prueba Piloto

Para probar el instrumento (guía para entrevista), se realizó en la última semana del mes de octubre del 2019, un pilotaje a 2 funcionarios que se desempeñaban en el área de la salud infantil en Quito-Ecuador, previo a la realización de las entrevistas propias del estudio. Con este pilotaje se buscó realizar los ajustes necesarios en el planteamiento de las preguntas, manejo de tiempo y logística para proceder a entrevistar los participantes contemplados en el objetivo 2.

4.4. Segundo momento: Trabajo de campo y recolección de la información

4.4.1 Objetivo 1

Identificación de los programas: La identificación de los programas de SP en el cantón Taisha, a la luz de la integración de la actividades de desparasitación, se realizó por criterio (65) sobre la base del problema y propósito de la investigación. Considerando que se desea recolectar información de calidad para dar respuesta al objetivo planteado se identificaron los programas recomendados por la OPS para la integración de actividades de desparasitación (19); para los preescolares (12 a 59 meses): programa ampliado de inmunizaciones, el programa de suplementación de vitamina A; la estrategia AIEPI; el programa de crecimiento y desarrollo; el programa suplementación alimentaria; los jardines infantiles o educación inicial. Para los niños en edad escolar (5 a 14 años): programa de crecimiento y desarrollo y el programa de Salud Escolar o de Escuelas Saludables.

El acceso a los documentos fue posible a través del referente nacional de las enfermedades desatendidas del Ministerio de SP quien indicó los diferentes programas existentes en el país y sus responsables, los cuales facilitaron la información normativa y operativa para su posterior análisis.

Descripción de los programas: se realizó una revisión documental de los lineamientos normativos (leyes, decretos, manuales, directrices, resoluciones, entre otros) de los programas antes mencionados, con el objetivo de delinear el objeto de estudio; consolidar información para elaborar una base teórica; identificar factores propios de cada programa, que pueden actuar a manera de barreras y facilitadores para la integración; tomando como base las condiciones ideales de los componentes, plataformas, programas a los que pueda integrarse la desparasitación planteados por la OPS en el documento Pautas operativas

para la puesta en marcha de actividades de desparasitación contribución al control de las HTS en América Latina y el Caribe.

Al respecto, los puntos claves que se consideraron en la revisión documental de los programas se centraron en las características ideales para la integración de las actividades de desparasitación, entre estas: modalidad de desparasitación (individual y colectiva), cubre a la misma población en riesgo de HTS, sistema de información, capacidad de monitoreo y evaluación, acceso a zonas marginales, promoción y educación, presupuesto, recursos humanos, indicadores establecidos, aceptación de la comunidad, frecuencia de acción, infraestructura establecida.

Posteriormente, se realizó una validación de la información recopilada con los responsables de los procesos agregadores de valor (vigilancia de la SP, promoción de la salud e igualdad y, provisión y calidad de los servicios de salud) de la Dirección de Salud 14D05 Taisha, quienes avalaron los aspectos normativos derivados de cada programa identificado y asistieron en la valoración de la característica aceptación de la comunidad. Característica que no se logró explorar en la documentación analizada de los programas.

4.4.2 Objetivo 2

Para el logro de este objetivo se consideraron los 3 niveles administrativos (central, zonal y local) como fuentes de información.

Recolección de Información: a nivel local, el investigador realizó 8 entrevistas semiestructuradas. Este abordaje se basó en una guía de asuntos o preguntas predeterminadas donde también el entrevistador tuvo la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información (66), se entrevistaron a actores clave de los programas de SP más relevantes identificados en el objetivo 1.

A nivel zonal y central se realizaron las entrevistas semiestructuradas con actores clave de los programas de mayor relevancia para la integración de la desparasitación en programas del sector salud. Las guías para las entrevistas (anexo 3) y para los grupos focales (anexo 4) se desarrollaron considerando los dominios y constructos del CFIR, los cuales se adaptaron a través de una reducción cualitativa a la luz de su uso para la identificación de barreras y facilitadores para la integración de la QP, considerando además que no todos los constructos del CFIR son aplicables a este estudio, puesto que se encuentra en fase de pre-implementación.

Los participantes que se entrevistaron se contactaron por vía telefónica o *e-mail* con una semana de anticipación para convenir el lugar y la fecha en que se realizarán las sesiones con una duración estimada 90 minutos. En su mayoría se ejecutaron las entrevistas dentro de la jornada laboral de los participantes dada su condición de funcionarios públicos; esta se realizó posterior a la firma del consentimiento informado de participación, donde se especificó que la conversación de la entrevista será grabada en audio, además se explicó que el uso de la información recolectada será netamente para fines investigativos; este procedimiento también aplicó para los participantes del grupo focal.

Cabe señalar que, por la extensión de la guía para la entrevista semiestructurada, cuando fue necesario se procedió a citar una segunda vez a los participantes, para continuar con la entrevista de los dominios y constructos que no se lograron abarcar en la primera reunión. Esto con la finalidad de cumplir todos los criterios del CFIR necesarios para un análisis completo del fenómeno en estudio tal como se expone en diversos estudios donde se utiliza este marco, los cuales contemplan 2 momentos para la ejecución de la entrevista (67–69).

Se realizaron además 3 grupos focales, entendidos como una reunión en grupos pequeños o medianos, en la que los participantes conversan a profundidad en torno al tema de investigación, en un ambiente relajado e informal bajo la conducción de un moderador (70), su objetivo es generar y analizar la interacción entre ellos y como se construye grupalmente significados (60), la unidad de análisis es el grupo (66).

El primer grupo focal se realizó con 6 técnicos de atención primaria de salud (TAPS), quienes forman parte de las 189 comunidades que conforman el cantón Taisha y pueden proveer información valiosa a la luz de explorar el fenómeno en estudio; el segundo grupo focal se llevó a cabo con un profesor por cada uno de los seis diferentes planteles educativos que albergan al mayor número de estudiantes entre 1 a 14 años en el cantón, ya que se ha demostrado que el tratamiento masivo de las HTS en las escuelas es una de las mejores acciones de SP en el mundo (2), razón por la cual, las opiniones del profesorado son esenciales para la integración de la QP en programas del sector educativo; y finalmente el tercer grupo focal se realizó con la participación de 5 acudientes de niños entre 1 a 14 años pertenecientes a una escuela de la cabecera principal del cantón, con la finalidad de conocer sus percepciones respecto a las parasitosis intestinales desde su cosmovisión respecto al proceso salud-enfermedad y la forma de prevenir y tratarla en los niños; condiciones que pueden influir de manera positiva o negativa en la integración de las actividades de desparasitación.

Los grupos focales tuvieron una duración máxima de 2 horas. El lugar donde se realizó los 3 grupos focales correspondió a la sala de reuniones de la Dirección de Salud 14D05 de Taisha, ubicada en la cabecera cantonal, lugar que cuenta con las condiciones de seguridad y privacidad necesaria para este fin. Los horarios, personal facilitador y documentos de apoyo, se concertaron con los participantes; preferiblemente no se programaron actividades en horarios laborales o incompatibles con actividades culturales relevantes para el territorio.

4.5. Tercer momento: Análisis de la información

4.5.1 Plan de análisis del objetivo 1

Una vez que se identificaron los programas que existen en el cantón Taisha y a nivel nacional, se inició el estudio de cada uno de los puntos claves, este proceso consistió en la exploración profunda de la documentación de cada programa, con el fin de explorar el cumplimiento (Si -No) de las características ideales para la integrar las actividades de desparasitación. Lo anterior se realizó en el programa NVivo 12 Plus®, el cual facilitó la sistematización de la información recopilada mediante la codificación de esta con base en las características ideales para la integración de las actividades de desparasitación propuestas por OPS. Las referencias codificadas se introdujeron en una tabla en Microsoft Excel® con información de cada una de las características ideales evaluadas (anexo 2). Finalmente, se seleccionaron los programas que presentaron un mayor cumplimiento de las características ideales, relevancia e impacto, para la identificación de barreras y facilitadores a partir de grupos focales y entrevistas semiestructuradas dirigidas a los actores involucrados.

4.5.2 Plan de análisis del objetivo 2

Posterior a la realización de los grupos focales y las entrevistas semiestructuradas, se procedió a la transcripción de los audios obtenidos; no se revelaron los nombres de los entrevistados para mantener la confidencialidad de estos y evitar posibles inconvenientes en las instituciones donde laboran por respuesta a preguntas que estén relacionadas a estas en el contenido de la entrevista. La información se procesó usando software NVivo® versión 12 Plus, para su codificación utilizando para esto, una plantilla con definiciones donde se incluyeron criterios de inclusión y exclusión explícitos para la cada uno de los constructos y sub-constructos del CFIR seleccionados (anexo 5). Posterior a la categorización de los datos se crearon notas de caso por cada nivel de análisis, cada nota contiene 4 elementos: 1) Categoría: en este caso

las categorías correspondían a cada uno de los dominios del CFIR analizados, 2) Código: del mismo modo cada código corresponde a los constructos del CFIR analizados, 3) Fragmento de la entrevista codificado, 4) Análisis del fragmento de la entrevista, 5) Calificación: se determinan con base a la influencia que el constructo ejerce para la integración de las actividades de desparasitación, es decir positiva, negativa o mixta (71,72).

La calificación se determinó por la influencia que los datos codificados tienen sobre el proceso de integración de la QP a los programas en estudio, es decir, los factores contextuales que facilitan o dificultan la misma. Muchas veces debido a que existen datos limitados, se deducirá la influencia sobre la integración basado en la presencia simple o la ausencia de un constructo del CFIR. Sin embargo, siempre que los datos lo permitieron, se aplicaron calificaciones basadas en la influencia que el constructo tiene sobre la integración en estudio, y no la presencia o ausencia de este (73).

Para la identificación de barreras y facilitadores con base en los constructos del CFIR se compararon las calificaciones de cada uno de estos, obtenidos en las entrevistas y grupos focales, valorando la influencia positiva, negativa o mixta que ejerce cada constructo para la integración de la QP.

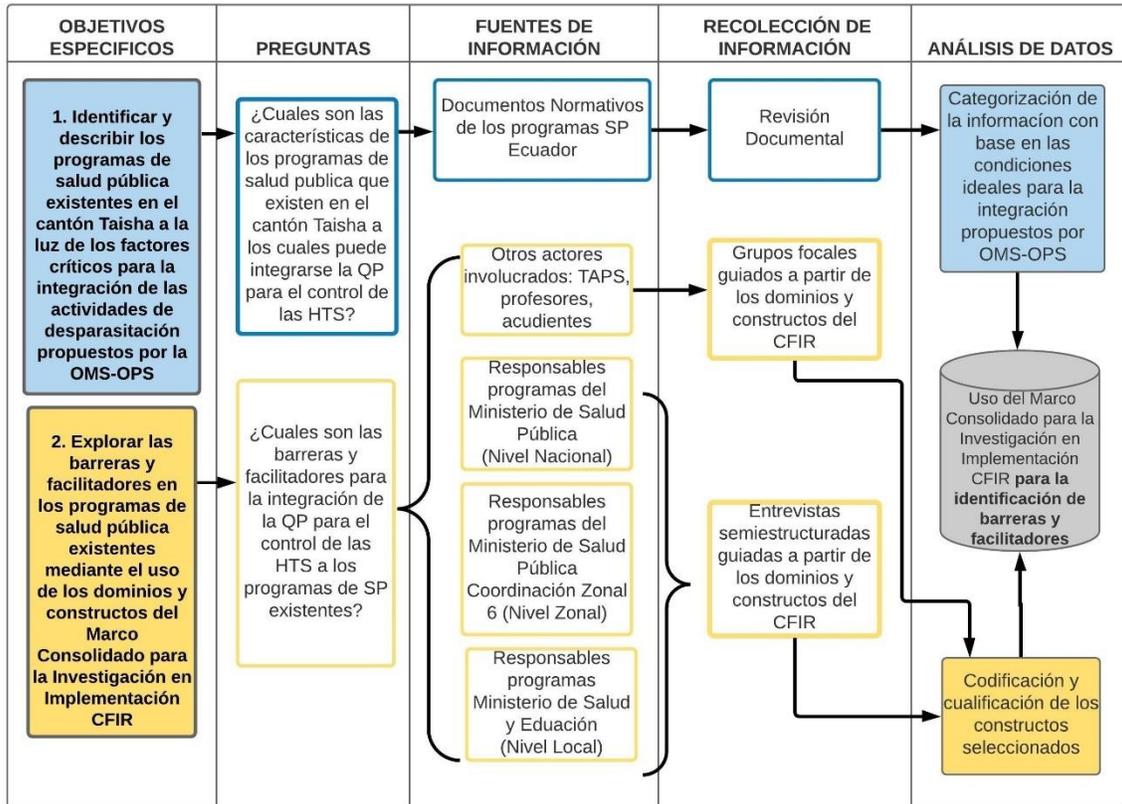
4.6. Resumen Metodológico

A continuación, se presenta un resumen de la metodología a utilizarse en esta investigación:

Gráfico 1. Proceso Metodológico

OBJETIVO GENERAL

Identificar las barreras y facilitadores para la integración de la quimioterapia preventiva para el control de las geohelmintiasis en niños 1 a 14 años, dentro de los programas de salud pública existentes en el cantón Taisha, provincia de Morona Santiago, Ecuador.



Fuente: elaboración propia.

4.7. Consideraciones Éticas

Los aspectos éticos fueron valorados y avalados por el Comité de Ética de la Investigación de la Facultad Nacional de SP de la Universidad de Antioquia (anexo 9).

De acuerdo con la Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia, el presente estudio se clasificó como una investigación de riesgo mínimo. La clasificación se justifica debido a que sólo se obtendrá información de fuentes primarias, quienes expresarán opiniones libremente a través de entrevistas o grupos focales sin ejercer coerción en su conducta para la participación, respetando su privacidad y asegurando la confidencialidad de la información propiciada por ellos.

Esta investigación está orientada bajo los principios éticos para las investigaciones en humanos consignados en la declaración de Helsinki que implican el respeto a la integridad de las personas, asegurando la confidencialidad y reduciendo al mínimo el impacto del estudio sobre el individuo. Por los principios éticos orientadores descritos en esta resolución no se difunden datos personales como nombres o números de identificación, ni se pone en riesgo sus actividades laborales. Además, se solicitó el permiso de participación a las autoridades encargadas en el nivel central, zonal y local.

En todos los casos se garantizó la confidencialidad y anonimato de los participantes, utilizando códigos únicos alfanuméricos en las entrevistas y grupos focales. Antes de iniciar cualquier entrevista o grupo focal se garantizaron las condiciones de privacidad y tranquilidad para resguardar la confidencialidad del procedimiento. En el caso de presentarse alguna situación anómala durante la ejecución de las entrevistas y grupos focales, se suspenderán hasta que se garanticen las condiciones de seguridad necesarias tanto para el investigador como para los participantes, actuando a modo de facilitador el responsable nacional de la estrategia de enfermedades infecciosas desatendidas Ministerio de SP, uno de los principales actores involucrados en esta investigación.

La información recolectada, solamente será consultada y divulgada para fines académicos, su custodia estará a cargo del investigador principal, quien velará por la seguridad de esta mediante el resguardo en archivo digital de las transcripciones de las entrevistas y grupos focales; 2 años posteriores a la finalización de este estudio dicha información será incinerada y eliminada de todo medio de archivo digital.

A todos los participantes de las entrevistas semiestructuradas y de los grupos focales, se les solicitó la firma de un consentimiento informado antes de su participación, para garantizar sus derechos como sujetos de estudio (anexo 7).

La investigación no proporcionó beneficios directos para las personas que participaran de ella, no se entregó ningún pago o dádiva por participar en las entrevistas o el grupo focal, del mismo modo, ningún participante entregó algún pago o dádiva por participar en esta investigación.

5. Resultados

En el presente capítulo se realiza la presentación de los resultados a los que se pudo llegar tras la aplicación de los instrumentos de investigación. Concretamente, se abordaron dos grandes apartados: en el primero, asociado al objetivo específico 1, iniciativas que posibilitarían el desarrollo de procesos de integración para la puesta en marcha de QP para la desparasitación por HTS; en el segundo, asociado al objetivo específico 2, se abordaron constructos desde el nivel local, zonal y central que pueden facilitar o dificultar la integración antes mencionada.

5.1. Resultados Objetivo 1

En total se identificaron 6 programas a nivel nacional (Tabla 5), los cuales se evaluaron tomando como base 12 características ideales para integrar las actividades de desparasitación: 1. el programa cubre la misma población en riesgo de contraer las HTS, 2. el programa tiene infraestructura establecida, 3. la frecuencia de acción del programa coincide con las rondas de desparasitación, 4. el programa tiene aceptación de la comunidad, 5. posee indicadores establecidos, 6. dispone de recursos humanos, 7. goza de presupuesto, 8. el programa realiza acciones de promoción y educación, 9. puede acceder a zonas marginadas, 10. tiene capacidad de monitoreo y evaluación y 11. dispone de un sistema de información.

Adicional a esto, un criterio importante para evaluar el programa fue la modalidad de desparasitación (individual o colectiva) a la que se puede apuntar con la integración de la desparasitación, considerando que para que ésta sea efectiva, es necesario que su empleo sea de carácter masivo en la población objetivo.

Tabla 5. Total de programas identificados a nivel nacional, número de referencias extraídas y total de documentos evaluados en el proceso de revisión documental.

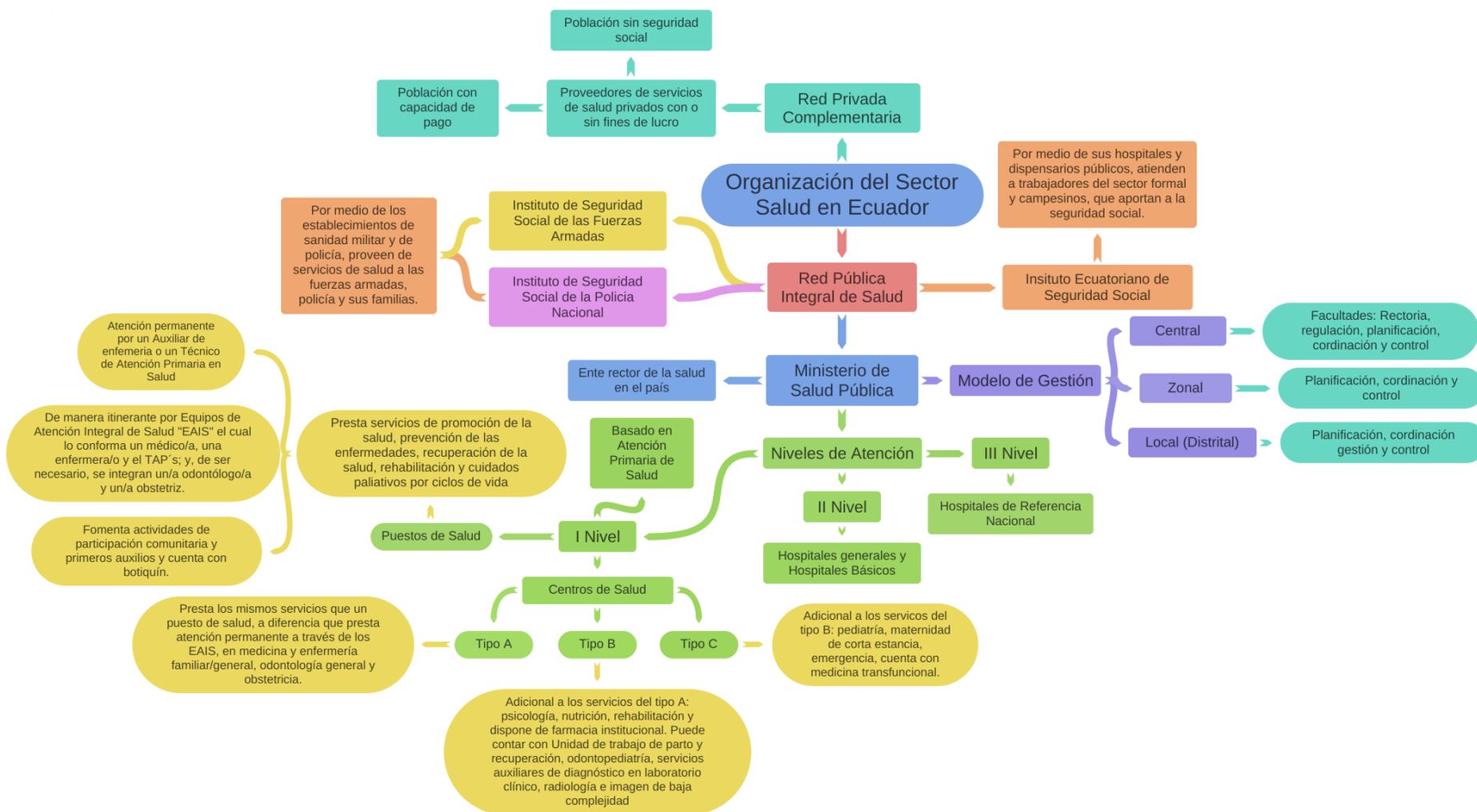
| Rango de Edad | Programas a la que puede integrarse | | Entidad Responsable | Textos evaluados y referencias extraídas | |
|---------------|--|---|---|--|------------|
| 12 a 59 meses | Estrategia Nacional de Inmunizaciones "ENI" | Semana de Vacunación de las Américas "SVA" | Ministerio de SP "MSP" | 13 | 285 |
| | | Campaña de Vacunación contra Influenza Estacional | | | |
| | Misión Ternura | Creciendo con Nuestros hijos "CNH´s" | Ministerio de Inclusión Económica y Social "MIES" | 31 | 55 |
| | Estrategia de Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia "AIEPI" | | Ministerio de SP "MSP" | 11 | 34 |
| | Estrategia Médico del Barrio | | Ministerio de SP "MSP" | 6 | 32 |
| | Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador 2018-2025 "PIANE" | | Ministerio de SP "MSP" | 16 | 126 |
| 5 a 14 años | Modelo de Atención Integral de Salud en Contextos Educativos "MAIS-CE" | | Ministerio de Educación y Ministerio de SP "MSP" | 5 | 61 |
| Total | 6 | | N/A | 86 | 593 |

Fuente: Elaboración propia

Para entender la dinámica de los procesos de los programas de SP que se describen a continuación, es necesario entender a breves rasgos cómo se organiza el Sistema de Salud ecuatoriano, para tal fin se expone el gráfico 1.

En el cual se indica, que el sector salud en Ecuador está conformado por una red privada y otra pública de prestación de servicios de salud. En este sentido, la integración de la QP únicamente se realizaría en el Ministerio de Salud Pública, que presta servicios de salud con cobertura universal y no depende de la capacidad de pago de los usuarios. Otros aspectos para destacar en el gráfico anterior, es el modelo de gestión del MSP y los niveles de atención en salud, donde resalta el primer nivel, que se basa en APS, con sus diferentes tipos de prestaciones, donde las actividades de desparasitación pueden llegar con mayor facilidad al grupo al cual está dirigido.

Gráfico 2. Organización del Sistema de Salud de Ecuador.



Fuente: elaboración propia con base en Manual del Modelo de Atención Integral de Salud MAIS FCI (74)

5.1.1 Estrategia Nacional de Inmunizaciones "ENI"

La Estrategia Nacional de Inmunizaciones tiene como misión asegurar la inmunización equitativa a nivel nacional, utilizando vacunas de calidad, gratuitas y que satisfagan al usuario. Esta estrategia está basada en una gestión efectiva y eficiente en todos los niveles de atención que involucra a los diversos actores del Sistema Nacional de Salud (75), además desarrolla actividades de planificación, coordinación, rectoría, regulación, evaluación y control de los componentes de inmunización a nivel nacional (76).

El eje de acción de la ENI se basa en la aplicación del esquema nacional de vacunación, el cual abarca niños de 12 a 23 meses, 24 a 25 meses, 36 a 59 meses, 5 años, 9 años y 15 años (77). De este modo, la ENI cubre a todo el grupo de preescolares que se encuentran en riesgo de infección por HTS, además se incluyen a cierto grupo en edad escolar (niños de 9 años).

Las estrategias de vacunación ejecutadas por la ENI se realizan en los establecimientos de salud de primer y segundo nivel de atención según corresponda (77); en el primer nivel, para toda la población, con todas las vacunas del esquema en los centros de salud tipo A, B y C o puestos de salud; en el segundo nivel, en los hospitales de atención de parto para los recién nacidos con las vacunas que se aplican al nacimiento BCG y Hepatitis B. Esto quiere decir que la ENI tiene una infraestructura establecida que facilitaría la integración de las actividades de desparasitación. Sin embargo, la coincidencia en la frecuencia de las actividades de la ENI con las rondas de desparasitación necesarias para que esta actividad sea efectiva es parcial, debido a que en la ENI se podría desarrollar la desparasitación en sus dos modalidades: individual y colectiva. La primera sería por demanda inducida y probablemente estuviera influenciada por la disposición de los acudientes de los infantes para el cumplimiento a cabalidad del esquema de vacunación (78), por lo que la frecuencia de vacunación de cada niño puede no coincidir con la frecuencia necesaria de desparasitación.

Para la modalidad de desparasitación colectiva encontramos que la ENI realiza campañas de vacunación masiva frecuentes contra la influenza, fiebre amarilla, y otras vacunas en las cuales se haya evidenciado a través del monitoreo y seguimiento que tengan coberturas bajas o cuando existen niños con esquemas incompletos de vacunación (79,80); muchas de estas campañas se realizan por motivo de la Semana de Vacunación en las Américas (SVA), la cual es una iniciativa anual respaldada por la OPS, en la que se propone como uno de sus ejes fundamentales, servir

de plataforma para actividades integradas (81). En este sentido, la QP para las HTS podría integrarse en la SVA y/o a las campañas masivas de vacunación, contemplando estas opciones, para que a medida de lo posible se logre cumplir las dos rondas de desparasitación requeridas al año.

Por otro lado, las actividades de la ENI se enmarcan en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS/FCI), adoptado por el país, el cual se basa en la promoción y prevención (74,82), ofreciendo una oportunidad para fortalecer la SP en general y las inmunizaciones en particular, lo cual busca fomentar la participación activa de las personas, familias y comunidad en el ejercicio de su derecho a la vacunación y los deberes respecto a ella para favorecer el bienestar colectivo. Como resultado, un alto porcentaje de padres de familia refieren haber sido informados sobre los beneficios de las vacunas, y mostrando satisfacción por la ejecución de esta actividad (83). En ese sentido, se hace imprescindible reconocer el alto grado de aceptación que tiene esta estrategia en la comunidad, ya que trabaja contemplando la pluriculturalidad que caracteriza a este país y parte de una evidente realidad sociodemográfica (76).

Con relación a los recursos humanos de la ENI, es importante destacar que a partir del año 2014, se realiza una reforma al Programa Ampliado de Inmunizaciones para lograr la institucionalización de la ENI, con la finalidad de contar con un ente que haga viable la coordinación e interrelación de la institución con las demás dependencias del MSP (76). Sin embargo, este proceso trajo como resultado una reducción progresiva del personal a nivel central, pasando de un total de 20 funcionarios que llevaban todas las actividades inherentes a su funcionamiento, a contar con 3 funcionarios (83). A nivel país, el número total de técnicos responsables se redujo de 24 (uno por cada provincia) a 9 (uno por cada zona). A nivel local, la ENI es manejada por los Equipos de Atención Integral en Salud (EAIS), los cuales están conformados por un 65% de personal transitorio (profesionales en su periodo rural), quienes deben responder a una alta demanda de atenciones y a los requerimientos de las autoridades zonales y centrales. Por consiguiente, existe una alta rotación de equipos directivos, técnicos y operativos, que dificultan una adecuada concreción y continuidad de los procesos. Un aspecto para destacar es que los RRHH están comprometidos con las acciones de inmunización y conocen la norma técnica de inmunización, así como los lineamientos de las vacunas contempladas en el esquema (83).

En lo concerniente al presupuesto, en términos absolutos la inversión en la ENI ha aumentado (debido a la incorporación de nuevas vacunas que

son más costosas); no obstante, la proporción de inversión destinada a vacunación del presupuesto general de salud ha disminuido. Por ejemplo, en 2010, el 2,9% del Presupuesto General del Estado para salud se destinaba a las actividades de inmunización, en contraste, en 2014 se redujo a 1,6% (83). Aún más preocupante es la falta de asignación presupuestaria de manera sostenible para las actividades operativas de vacunación en la estrategia, a partir de 2015, solamente la compra de vacunas tiene una línea presupuestaria, dejándose de financiar actividades críticas para la óptima implementación de la vacunación, como la capacitación, supervisión y monitoreo entre otras (77). De este modo, actualmente la ENI cuenta con un presupuesto limitado para implementar acciones necesarias para alcanzar la población meta.

Si tomamos en consideración el acceso a zonas marginadas como uno de los puntos clave para el éxito de la integración de la desparasitación, es necesario indicar que uno de los principios de la ENI se basa en el acceso universal y diversidad cultural, el cual pretende garantizar el acceso de toda la población al esquema completo de vacunación, con inclusión efectiva y total de las diversas etnias y culturas del país (75), tomando en consideración las características de la población (área selvática, población dispersa, áreas y localidades urbanas). Es preciso señalar que, muchas campañas de vacunación se han centrado en la Amazonía, pero no han logrado ser efectivas dadas las condiciones de dificultad en el acceso geográfico y la dispersión de la población, por lo que se constituyen en importantes barreras para que los servicios puedan ser llevados a las comunidades.

En lo que respecta a indicadores, la ENI maneja diversos tipos, siendo más representativos los que se utilizan cuando se implementan campañas de vacunación (79), tales como: indicadores de evaluación para conocer la cobertura final de campaña, indicadores de gestión para conocer el uso de los recursos y programación de actividades, e indicadores de resultado como el número y porcentaje de niños de cada rango etario dependiendo de la vacuna y vacunados con primeras o segundas dosis. Adicional a esto, conviene destacar que la ENI dispone de un sistema de monitoreo y evaluación que permite contar con información oportuna para la toma acertada de decisiones sobre la vacunación en esquema regular y campañas, entre los que se destacan el monitoreo rápido de oberturas, movimientos biológicos en el distrito, descarte y/o eliminación de desechos de vacunación, constataciones físicas de cadena de frío, saldos de vacunas y jeringuillas, registro nominal de vacunación e informes de monitoreo de la calidad del dato de vacunación institucional y extramural. Sin embargo, a pesar de contar con diversos insumos para el monitoreo y evaluación, las evaluaciones realizadas no son integrales y periódicas,

dado que no hay sostenibilidad (recurso humano, financiero y logístico) para cumplir el plan de supervisión (83).

Para el registro de la información, la ENI coordina con la Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información en Salud, el desarrollo de los procesos de información relacionados con vacunación en todos los niveles. Esta instancia consolida la información mensual del reporte de los vacunados y, además, cumplen con el envío mensual de la información de los vacunados en los formatos actualizados y diseñados para esta intervención específica (79–81). Sin embargo, en cuanto al sistema de información, se requiere mejorar la eficiencia del proceso de registro y establecer procedimientos para la recolección, flujo y disseminación, dado que el sistema operativo definido por el Gobierno no tiene un uso estandarizado en los distintos niveles y requiere procesos adicionales de manejo y transferencia de datos entre sistemas, lo que produce ineficiencia y dificultades en el uso de herramientas para la consolidación y análisis de información. Adicionalmente, existe un exceso de formularios para el registro de vacunación y las matrices para la generación de los consolidados compromete la calidad de los datos (83).

5.1.2 Misión Ternura a través del Ministerio de Inclusión Económica y Social MIES mediante el programa Creciendo con Nuestros hijos "CNH"

El MIES, a través de la Subsecretaría de Desarrollo Infantil Integral, ha emprendido un proceso de fortalecimiento de las políticas públicas de atención a la Primera Infancia mediante la intervención emblemática del Gobierno Nacional "Misión Ternura", la cual se plantea como una movilización nacional por el buen comienzo en la vida de los niños por medio del cuidado con ternura (84). Este planteamiento requiere el compromiso del conjunto de la sociedad a través de una intervención articulada que permita una atención integral a la primera infancia. Para el cumplimiento de este fin, se ha implementado el programa Creciendo con Nuestros Hijos CNH, una modalidad de atención integral a niños, madres y familias que se encuentran en condiciones de pobreza, pobreza extrema y vulnerabilidad; este programa abarca desde la gestación hasta los tres años de edad; promueve el pleno cumplimiento de las realizaciones propias de estos periodos, a través del disfrute, por parte de las poblaciones beneficiadas, de todas las atenciones priorizadas que se requieren; se ejecuta con la mediación directa de la familia, por medio de estrategias de consejería familiar para la protección integral, la participación familiar y comunitaria, y acciones de coordinación intersectorial (85). Sin embargo, si se quisiera integrar en este programa las actividades de desparasitación es indispensable recalcar que no abarca

a todo el grupo de edad que corresponde a los niños de 12 a 59 meses de edad (preescolares), por lo que refleja un cumplimiento parcial de esta condición necesaria para lograr la integración.

En lo que a infraestructura se refiere, la modalidad CNH, se ejecuta a través de los siguientes prestadores del servicio (85): 1. atención directa, es decir, son administrados directamente por el MIES; 2. bajo convenio, administrados principalmente por las Municipalidades, organizaciones religiosas y organizaciones de la sociedad civil, con quienes el MIES suscribe convenios de cooperación. De este modo, el cumplimiento de esta condición es parcial, ya que la infraestructura existente dependerá de la infraestructura establecida por el prestador del servicio.

En cuanto a recursos humanos, Misión Ternura, a través de su equipo técnico, conforman y dirigen: a nivel zonal (un coordinador/a de servicios sociales para los servicios de desarrollo infantil); a nivel local (un coordinador/a de servicios sociales para las modalidades de atención familiar, un coordinador/a de territorio, que liderará y organizará el trabajo de la Unidad de Atención juntamente con una educadora/or familiar de apoyo). El coordinador/a de territorio y la educadora/or familiar de apoyo, tienen bajo su responsabilidad un grupo de educadoras/es familiares, de acuerdo con los siguientes criterios: en zonas dispersas, trabajan con un número de 10 personas, en zonas concentradas con un número de 25. Los educadoras/es familiares son los responsables de la ejecución del servicio, misma que tiene una cobertura por educador/a de acuerdo a los siguientes criterios: en zonas dispersas trabajan con una cobertura de 35 usuarios (mujeres gestantes, niños); en zonas concentradas, trabajarán con 45 usuarios (84).

Con referencia a la frecuencia de atención de los CNH, la normativa del MIES establece que la Unidad de Atención, debe acordar los días y horas de la consejería de acuerdo con la realidad territorial y disponibilidad de tiempos de la mujer gestante y de las familias. Este equipo realiza las siguientes actividades: consejería individual con las familias de niños una vez cada semana, con una duración aproximada de 50 minutos; consejería grupal con las familias una vez cada semana con una duración aproximada de 1 hora y 15 minutos (84). En promedio, para los niños de 1 a 3 años se realizan 8 consejerías al año. Esto se realiza de manera permanente durante todo el año calendario, facilitando así la implementación de las actividades de desparasitación en las 2 dos rondas que debe realizar al año.

En lo concerniente a promoción y educación, las Unidades de Atención, con el apoyo de los coordinadores de servicios sociales de la zona y

locales, identifican a las organizaciones de cada comunidad cuyos fines estén alineados al bienestar de sus habitantes y que tenga capacidad de convocatoria y legitimidad, esto con el propósito de facilitar la implementación de estrategias y acciones orientadas a la participación de las familias y la comunidad en torno a la operación de la modalidad CNH y el acompañamiento a la ruta integral de atenciones del MIES. En ese sentido, los CNH desarrollan sus planes de acción considerando las buenas prácticas, saberes y valores de las familias y comunidades; además, toman en consideración la diversidad propia de pueblos y nacionalidades (85), logrando así un proceso de concertación que reconoce las condiciones y circunstancias de las familias y comunidades, respetando y valorando sus prácticas culturales. Por consiguiente, cabe esperar que los CNH sean muy valorados y aceptados por la comunidad.

A propósito del acceso a zonas marginadas, las unidades de atención identifican los beneficiarios que requieran ser atendidos mediante la implementación del proceso de búsqueda activa y el correspondiente operativo territorial (86), lo que les permite llegar a zonas dispersas y marginadas. Sin embargo, la problemática generada por las características propias de dispersión, como es el caso de la distancia entre las comunidades, vías de difícil acceso (sobre todo en invierno), costo del transporte contratado para llegar a las comunidades, caminos desolados e inseguros, baja densidad poblacional, entre otros, inciden en la falta de atención al total de niños asignados a cada educadora/or semanalmente.

En relación con los indicadores para monitoreo y evaluación, la Unidad de Atención asegura un registro nominal de la familia y niños atendidos con los siguientes instrumentos: 1. Seguimiento de salud especializado a la mujer gestante y al niño; 2. Monitoreo y acompañamiento a las atenciones recibidas por parte del sector de salud (vacunas, controles, seguimiento especializado en caso de ser necesario) 3. Monitoreo de peso, talla y hemoglobina; 4. Monitoreo y seguimiento a logros de aprendizaje; 5. Monitoreo y seguimiento a las relaciones y entornos protectores, libres de riesgos y violencia; 6. Acceso a educación inicial de niños (84,85). Por lo tanto, se podrían acoplar indicadores para el monitoreo y evaluación de la integración de la desparasitación en el registro enmarcado en el seguimiento de las actividades del sector salud realizado en este programa.

5.1.3 Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia "AIEPI".

La AIEPI es una estrategia que integra todas las medidas disponibles y que está enfocada en la prevención de enfermedades y problemas de

salud durante la niñez, en su detección precoz y tratamiento efectivo, y en la promoción de hábitos de vida saludables en la familia y la comunidad (87). La AIEPI tiene un componente clínico, que trata sobre cómo detectar, clasificar y tratar las enfermedades más comunes en niños desde los 2 meses hasta los menores de 5 años, y un componente comunitario, el mismo que está enfocado en la promoción de la salud y prevención de enfermedades (88). Por ende, el MSP ha aprobado y autorizado la publicación de los Cuadros de Procedimientos Clínicos del AIEPI, los cuales deben ser aplicados a nivel nacional y tienen un carácter obligatorio para el Sistema Nacional de Salud (89).

La AIEPI es de estricto cumplimiento en el Primer Nivel de atención del MSP, cuyo objetivo es promover condiciones de vida saludables y prestar servicios de salud a la población de acuerdo a la capacidad resolutoria establecida en el licenciamiento (puestos de salud y centros de salud tipo A, B y C), articulado con los otros niveles de atención de la red pública y complementaria que conforman el Sistema Nacional de Salud (82). Esto con el fin de operativizar el Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Individual, Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS/FCI) (74).

De este modo, en los cuadros del AIEPI Clínico, se establece que durante la atención de los niños se debe verificar si han recibido albendazol: indicándose que si el niño tiene más de 1 año y vive en una zona donde los parásitos intestinales son un problema, o si tiene anemia, se debe preguntar si ha recibido albendazol en los últimos 12 meses. Si la respuesta es negativa, se recomienda dar albendazol en el establecimiento de salud, dosis única, si existen las 3 siguientes condiciones: 1. Los parásitos intestinales son un problema en la zona donde vive el niño; 2. El niño tiene entre 1 y 3 años; 3. El niño no ha recibido una dosis en los últimos 12 meses. Además, se especifican las dosis del medicamento a utilizar dependiendo de la edad (12 a 23 meses- 2 años o más) sea en tableta o en solución (89). En consecuencia, lograr una cobertura periódica y masiva de la desparasitación en este programa no sería del todo adecuado, puesto que permite, únicamente, realizar una desparasitación individual, no colectiva. Es necesario acotar que todo esto se realiza dependencia de la demanda de servicios de salud de la población incluida en el rango geográfico de acción de cada establecimiento de salud.

En el caso de la AIEPI, el acceso a zonas marginadas se reflejará en la planificación de actividades extramurales a realizarse por los EAIS; sin embargo, la mayoría de las actividades contempladas en los cuadros de procedimientos del AIEPI Clínico se realizan de manera intramural, es decir, dentro del establecimiento de salud, lo que podría ser una limitante

para la integración de las actividades de desparasitación, pues ésta pretende ser de carácter masivo y abarcar la mayor parte de la población existente de niños entre 1 y 14 años.

En lo que se refiere a indicadores, el único indicador establecido para la AIEPI corresponde a las atenciones y consultas brindadas a los menores de 5 años en el servicio de consulta externa de los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud. Aquí se puede determinar el tipo de consulta, primera o subsecuente; el número de atenciones y el diagnóstico según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud CIE-10 (códigos relacionados con las HTS) realizadas a niños menores de 5 años. Toda esta información se almacena en 2 sistemas de información: 1. Sistema unificado y automatizado de información a partir de la sistematización del "Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA); y 2. La Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRAS) (90). El uso de estos sistemas dependerá de la ubicación y de la conectividad a internet del establecimiento de salud.

5.1.4 Médico del Barrio

La estrategia Médico del Barrio incorpora una visión integral en la salud del individuo, familia y comunidad con enfoque en los determinantes de la salud de cada localidad y fomenta la plena participación de los pobladores y de las autoridades locales para generar respuestas a los problemas de salud. Todo ello en el marco MAIS-FCI (74), con el objetivo de garantizar el acceso a los servicios de salud a los grupos vulnerables y prioritarios, acercando los servicios de salud estatales a la comunidad (91).

El eje de acción del Médico del Barrio se centra en la atención a 2 grupos poblacionales: 1. Grupos vulnerables: mujeres embarazadas con riesgo alto; niños menores de 2 años en riesgo de desnutrición aguda; personas con discapacidad física e intelectual en abandono y con enfermedades asociadas; personas que padecen enfermedades crónicas o de alta complejidad, que no tengan adecuado control de las mismas o que requieran cuidados paliativos; personas con riesgo genético, víctimas de violencia y personas con intentos suicidas; estos grupos tienen prioridad en el proceso de atención. 2. Grupos prioritarios que son establecidos por la autoridad sanitaria en función de la política pública y corresponden usualmente a aquellos que históricamente, por su condición social, económica, cultural, política, edad y origen étnico, se encuentran en condición de riesgo, lo cual les impide incorporarse adecuadamente al desarrollo y acceder a mejores condiciones de vida, entre ellos se

destacan niños menores de dos años con desnutrición aguda, niños menores de cinco años con malnutrición, niños con esquema de vacunación incompleto (92).

En lo que se refiere a la infraestructura establecida y a los recursos humanos, cabe mencionar que la estrategia Médico del Barrio es de cumplimiento obligatorio en todos los establecimientos de salud del primer nivel de atención, así como de las coordinaciones zonales y direcciones distritales del MSP (91). La atención se brinda a través del EAIS, el cual está conformado por un médico general, una enfermera/o, y un TAP's, a los cuales se suma el apoyo de un médico especialista en atención en primer nivel (Médico Familiar Comunitario o Médico General Integral MGI). Con el fin de garantizar el acceso a los servicios de salud, los EAIS prestan los servicios de salud de manera intra y extramural. Se entiende la atención intramural como la que se brinda en la unidad de salud, implementando el conjunto de prestaciones por curso de vida, que articula acciones de recuperación de la salud, prevención de riesgos y enfermedad, promoción de la salud, cuidados paliativos y rehabilitación; y la atención extramural, la que se da fuera de las unidades de salud y cuyo objetivo es el cuidado de la salud a través de medidas que se orienten a la identificación y control de riesgos a nivel individual, familiar, comunitario y del entorno, implementación de estrategias y acciones de prevención, promoción de la salud, educación sanitaria, fortalecimiento de la participación ciudadana y de la coordinación intersectorial para actuar sobre los determinantes de la salud y contribuir al desarrollo integral a nivel local (82). Por consiguiente, todo el personal de primer nivel de atención debe planificar y realizar actividades extramurales en función de las necesidades de la población.

Las actividades extramurales se planifican mensualmente y forman parte del cronograma general de actividades de la unidad de salud, identificando las responsabilidades y tiempos de cada miembro del equipo. De este modo, un médico en establecimientos de salud urbanos debe cumplir un 70% de actividades intramurales y un 30% de extramurales, a diferencia de un médico en establecimientos de salud rural, el cual debe cumplir un 50% de actividades intramurales y un 50% de extramurales. Este mismo porcentaje debe ser realizado por el personal de enfermería en zonas urbanas, en zonas rurales se aumenta un 10% a las actividades extramurales, es decir 60% y 40%. Los TAP's deben realizar, tanto en establecimientos urbanos como rurales, un 10% de actividades intramurales y un 90% de extramurales (74). De este modo, la desparasitación antihelmíntica masiva en esta estrategia se podría realizar de manera individual mediante la atención intramural y una desparasitación colectiva a través de la atención extramural, por lo

que es posible hacer coincidir la frecuencia de desparasitación de 2 rondas al año.

Por otro lado, el monitoreo y evaluación de la estrategia Médico del Barrio se realiza mediante las siguientes actividades: 1. Seguimiento clínico del paciente; 2. Monitoreo del progreso por semanas epidemiológicas de las actividades de la estrategia; 3. Evaluación mediante la consolidación y análisis de los datos obtenidos; 4. Seguimiento de las acciones intersectoriales e interdisciplinarias que se generan una vez que se ha evaluado la implementación inicial. En ese sentido, para la realización de las actividades antes nombradas, la estrategia capta y registra información mediante 2 instrumentos: la sala situacional y la ficha familiar (91,92). Si consideramos este programa para integrar las actividades de desparasitación, esta estrategia cumple con los parámetros de indicadores, monitoreo y evaluación, y sistema de registro; puntos clave para la integración de la QP para el control de las HTS.

5.1.5 Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador 2018-2025 "PIANE"

El PIANE responde a la necesidad de una política de salud alimentaria intersectorial, sostenida, que consolide el trabajo del sector público, la academia y la sociedad civil, para la planificación estratégica, la asignación de recursos y el monitoreo y evaluación constante, que permitan garantizar los derechos humanos de salud y alimentación adecuada de la población ecuatoriana (93). El objetivo del PIANE es alcanzar una adecuada nutrición y desarrollo de la población durante todo el curso de vida, brindando atención integral y generando mecanismos de corresponsabilidad entre todos los niveles de gobierno, ciudadanía y sector privado; ello en el marco de intervenciones intersectoriales que incidan sobre los determinantes sociales de la salud (94).

El eje de acción del PIANE se centra en los 1000 primeros días de vida, la etapa escolar y al fomento de la lactancia materna (94). Ahora bien, los niños menores de 5 años y, sobre todo, los menores de dos años, son un grupo priorizado de intervención, ya que en esta etapa de la vida se ven implicados numerosos cambios fisiológicos y de desarrollo que condicionarán el alcance de una vida adulta saludable (93). Considerando que el 98% de los niños de 5 a 11 años se encuentran en los centros educativos, el entorno escolar se convierte en el espacio clave para la implementación de estrategias y acciones enfocadas a combatir la malnutrición y generar hábitos y prácticas de vida saludable, tanto a nivel individual como colectivo. Por consiguiente, si consideramos todos los grupos de edad incluidos en el PIANE, este plan se convierte en una

plataforma adecuada para la integración de la QP para el control de las HTS, dado que abarca tanto a niños en edad preescolar y escolar, quienes son los más susceptibles a la infestación por estos parásitos.

En lo que se refiere a infraestructura establecida y recursos humanos, cabe mencionar que para la implementación del PIANE se definieron 3 niveles de ejecución (94): 1. El nivel central que define la política pública está integrado por: Secretaría Técnica del Plan Toda una Vida, Ministerio del Deporte, Ministerio de Educación, Ministerio de Inclusión Económica y Social, Ministerio de SP, Ministerio de Trabajo, Ministerio de Agricultura y Ganadería, Ministerio de Acuacultura y Pesca, e Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Secretaría Nacional del Agua; 2. El nivel zonal, el cual se encarga de la planificación de los servicios en el ámbito operativo se integra por: Ministerio de Educación, Consejo Sectorial de lo Social, Ministerio de SP, Ministerio de Inclusión Económica y Social, Ministerio de Agricultura y Ganadería, Ministerio de Acuacultura y Pesca, Municipalidades, Consejo Cantonal para la Protección de Derechos, y Ministerio del Deporte; 3. El nivel local-distrital, encargado de proveer los servicios, se integra por: Ministerio de SP, Ministerio de Educación, Ministerio de Inclusión Económica y Social, y Municipalidades. De este modo, cada una de estas instituciones cumplen funciones específicas dentro del plan y cuentan con recursos humanos e infraestructura establecida que pueden ser de utilidad para la integración de las actividades de desparasitación, principalmente en el nivel local.

Por otra parte, es importante mencionar que para la ejecución del PIANE se seleccionaron los cantones en los que las prevalencias de desnutrición crónica en menores de 5 años se encuentran en una clasificación alta (>20%), de acuerdo a las cifras proyectadas de desnutrición crónica a nivel cantonal, las cuales son estimadas con base en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (95). Una vez seleccionados los cantones con mayor desnutrición crónica, se seleccionaron los cantones a ser intervenidos con base en dos criterios: 1. Cantón con implementación de la estrategia Médico del Barrio; y 2. Tener al menos dos programas funcionando en el cantón, sean estos: Municipio Saludables, Misión Ternura o algún proyecto importante relacionado al ámbito alimentario nutricional. De esta manera, se derivó la selección de 92 cantones (18 provincias) para la ejecución del PIANE 2018-2025. Cabe resaltar que el cantón Taisha está incluido dentro de los 92 cantones seleccionados para ser intervenidos, ya que para el año 2018 presenta una proyección de población con desnutrición de 1821 niños entre los 0 a 5 años, lo que representa un 60,7% aproximadamente del total en ese grupo etario (94).

Al respecto, le corresponde al MSP co-ejecutar este plan en el nivel local, mediante la planificación de las visitas extramurales, tamizajes y atenciones de salud con enfoque integral, entre estas: 6 controles de crecimiento y desarrollo, suplementación con vitamina A, diagnóstico y tratamiento oportuno de la desnutrición aguda, valoración de hemoglobina a niños de 1 a 2 años; 2 controles anuales de crecimiento y desarrollo, visita anual del personal de salud a instituciones educativas, diagnóstico y tratamiento oportuno de la desnutrición aguda, suplementación con Vit A, valoración de hemoglobina a niños entre los 2 a 5 años; control de salud y consulta nutricional mediante visita anual del personal de salud a instituciones educativas y visitas domiciliarias a niños en riesgo, seguimiento quinquemestral a niños en riesgo, prescripción de actividad física 60 minutos al día a niños de 5 a 11 años; 1 control anual obligatorio a adolescentes de 10 a 14 años. De este modo, la desparasitación podría integrarse a los paquetes de atención por curso de vida ofertados por el MSP, con lo que se podría lograr efectivizar las 2 rondas de desparasitación necesarias en el año, además de aprovechar el sistema de registro de atenciones y consultas brindadas a los beneficiarios del Plan que utiliza el MSP, -en este caso hablamos del Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias y la Plataforma de Registro de Atención en Salud (90), a través de la cual también se podría monitorear y evaluar la estrategia de implementación de las actividades de desparasitación mediante la verificación de las atenciones con código CIE-10 relacionados con las HTS, el tratamiento efectuado por el profesional de la salud y la fecha de la próxima desparasitación.

En resumen, el PIANE cumple todas las características necesarias para la integración de la QP. En ese sentido, es pertinente señalar que al incluir a todo el grupo de edad al que se pretende aplicar esta intervención, se la puede realizar de manera individual o colectiva; dadas las muchas instituciones que integran este plan, cada una con recursos humanos, presupuesto, infraestructura, indicadores de monitoreo y evaluación, sistemas de registro de información (principalmente el del Ministerio de SP), capacidad de acceso a zonas marginadas a través de las atenciones extramurales planificadas en las brigadas médicas, entre otras, lo que facilitaría la integración de la QP para el control de las HTS.

5.1.6 Atención Integral de Salud en Contextos Educativos "MAIS-CE"

El MAIS-CE nace con la finalidad de mejorar y proteger la salud de la población estudiantil a través de actividades articuladas de promoción de la salud y prevención de enfermedades que contribuyan a alcanzar un estado de completo bienestar; éste cuenta con la participación directa de

la comunidad educativa y el personal de salud. El MAIS-CE prioriza las actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, involucrando a toda la comunidad educativa (autoridades, docentes, padres de familia y estudiantes) con el objetivo de desarrollar prácticas y entornos saludables dentro de la institución educativa y fuera de ella, mediante la implementación de un Plan Anual de Salud Escolar que es desarrollado por la comunidad educativa (96). En este sentido, todas las instituciones educativas, así como los establecimientos de salud, deberán presentar a su respectivo Ministerio, a través de las Direcciones Distritales correspondientes, dentro de los primeros 60 días del inicio del año escolar, el diagnóstico y Plan anual de salud escolar, documentos que tendrán vigencia durante un año lectivo, por lo que deberán ser actualizados al inicio del nuevo año escolar, lo que servirá para el monitoreo y cumplimiento de las acciones.

El eje de acción del MAIS-CE se centra en todos los estudiantes de las instituciones educativas de todas las modalidades y ofertas a nivel nacional, desde la educación inicial, primaria, secundaria y bachillerato, con la finalidad de ofertar una completa intervención en el sistema educativo, misma que implica la coordinación intersectorial entre los Ministerios de SP y de Educación, considerando los aportes de autoridades educativas y profesionales de la salud, a fin de garantizar el correcto desarrollo y crecimiento de la población estudiantil del país. La aplicación del MAIS-CE se realiza en todas las instituciones educativas ordinarias (regulares) y extraordinarias (especializadas, escolaridad inconclusa) de todo el país, así como en todas las instancias operativas y administrativas del MSP y la Red Pública Integral de Salud.

En lo concerniente a infraestructura y recursos humanos, el MAIS-CE permite adaptar la prestación de atención integral en salud, a través del equipo EAIS del MSP, pero también al interior de las instituciones educativas que cuentan con un consultorio y un profesional de salud. Los establecimientos de salud del primer nivel de atención del MSP adscribirán a las instituciones educativas de todas las ofertas y modalidades, asignadas a su territorio de cobertura, como parte de su población de responsabilidad. De este modo, el EAIS debe programar su trabajo de forma que se destine un porcentaje de su tiempo laboral para la actividad intramural y extramural a los infantes de las instituciones educativas en su rango de acción (74). Así, al integrar la desparasitación a los paquetes de atención escolar, ésta podría ser de manera colectiva cuando se planifiquen actividades extramurales al interior de las escuelas; no obstante, la frecuencia de desparasitación dependerá de la planificación y del Plan Anual de Salud Escolar desarrollado, por lo que el cumplimiento de las 2 rondas necesarias al año no podría lograrse.

En lo referente a indicadores establecidos, el MAIS-CE maneja indicadores de verificación del Plan Anual de Salud Escolar como: número de estudiantes con esquema de vacunación completo, número de docentes y padres de familia capacitados en actividades de promoción de la salud escolar; número de mensajes sobre alimentación saludable publicados durante el año lectivo, número de estudiantes con odontograma levantado, número de acciones de promoción de salud sexual y salud reproductiva ejecutadas, entre otros (96). En este sentido, las actividades de desparasitación pueden integrarse al Plan anual de salud escolar y el posible indicador para su monitoreo y evaluación puede ser la cobertura de desparasitación por institución educativa.

En lo relacionado al registro de la información que se genere a partir de la atención en las instituciones educativas, se realizará a través de los formularios básicos de la historia clínica única, formularios complementarios, protocolos y demás herramientas vigentes del sistema de información del Ministerio de SP, previstos para cada grupo etario. Esta información será archivada y almacenada en el establecimiento de salud, como parte de la historia clínica de cada estudiante, garantizando la confidencialidad de dichos documentos. Además, el parte diario de atenciones ambulatorias será ingresado en el sistema de Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias RDACAA (90), que además puede servir como plataforma para el monitoreo y evaluación de la frecuencia de desparasitación de los estudiantes.

A continuación, se presenta una tabla resumen del nivel de cumplimiento de las características ideales para la integración de la QP, por parte de los 6 programas identificados a nivel nacional:

Tabla 6. Condiciones ideales de los programas a los que puede integrarse la desparasitación identificados.

| Grupo de Edad | Programa al que puede integrarse | Modalidad | | Características ideales para integrar la actividad de desparasitación | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|----------------------------------|---------------------|---------------------|---|-----------------------------|---|----------------------------|--------------------------|---------------------|-------------|-----------------------|---------------------------|-------------------------------------|-------------------------|
| | | Individual | Colectiva | Cubre la misma población en riesgo de HTS | Infraestructura establecida | Frecuencia coincide con rondas de desparasitación | Aceptación de la comunidad | Indicadores establecidos | Recursos humanos | Presupuesto | Promoción y educación | Acceso a zonas marginadas | Capacidad de monitoreo y evaluación | Sistemas de información |
| Preescolares 12 a 59 meses | ENI | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple parcialmente | Cumple | Cumple | Cumple parcialmente | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple |
| | Misión Ternura | Cumple | Cumple parcialmente | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple |
| | AIEPI | Cumple | No cumple | Cumple | Cumple | No cumple | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple | No cumple | Cumple | Cumple |
| | Médico del Barrio | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple |
| | PIANE | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple |
| Escolares 5 a 14 años | PIANE | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple | |
| | MAIS-CE | Cumple parcialmente | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple | |

■ **Cumple**
 ■ **Cumple parcialmente**
 ■ **No cumple**

Fuente: elaboración propia.

En conclusión, de un total de 6 programas descritos, 3 de ellos plantearon, aunque no de manera exhaustiva las condiciones más favorables para la integración de la QP. El Plan intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador "PIANE" contempla toda la población objetivo entre 1 y 14 años, tiene capacidad para realizar acciones de desparasitación de forma individual y colectiva en la frecuencia esperada, y en zonas apartadas, dispone de infraestructura establecida, talento humano de múltiples sectores como el Ministerio de salud, Educación, Agricultura, Deporte y Social, tiene un sistema de información con indicadores establecidos con capacidad para monitoreo y evaluación, posee presupuesto, realiza acciones de promoción y educación. Sin embargo, no se cuenta con registros de impacto y aceptación por parte de la comunidad.

El Modelo de Atención Integral de Salud en Contextos Escolares MAIS-CE puede ejecutar la desparasitación de forma individual y colectiva en instituciones educativas de todos los niveles académicos, incluye a toda la población en edad escolar (5 a 14 años), posee infraestructura establecida, dispone de indicadores, recursos humanos, presupuesto, realiza acciones de promoción y educación, la cobertura de acción de este modelo depende del funcionamiento de instituciones educativas en el territorio y del acceso a estas por los menores, tiene sistemas de información con capacidad de monitoreo y evaluación e indicadores que pueden utilizarse para ejecutar el seguimiento de las actividades integradas de desparasitación. No obstante, la frecuencia de intervención depende de la planeación acordada entre los establecimientos de salud del MSP y las instituciones educativas del Ministerio de Educación, condición a considerar para cumplir con la frecuencia de desparasitación.

La Estrategia Nacional de Inmunizaciones ENI ejecuta campañas de vacunación en zonas apartadas con una frecuencia de entrega parcialmente compatible con la QP, es decir, el cronograma de las campañas puede o no coincidir con la frecuencia de desparasitación, realiza acciones individuales y colectivas, actividades de promoción y educación, es aceptada por parte de la comunidad, dispone de infraestructura establecida, sistema de información, indicadores y capacidad de monitoreo y evaluación, talento humano limitado, con presupuesto dependiente de la planificación presupuestaria del nivel central, su eje de acción se limita a menores entre 1 a 5 años, es decir, población en edad preescolar.

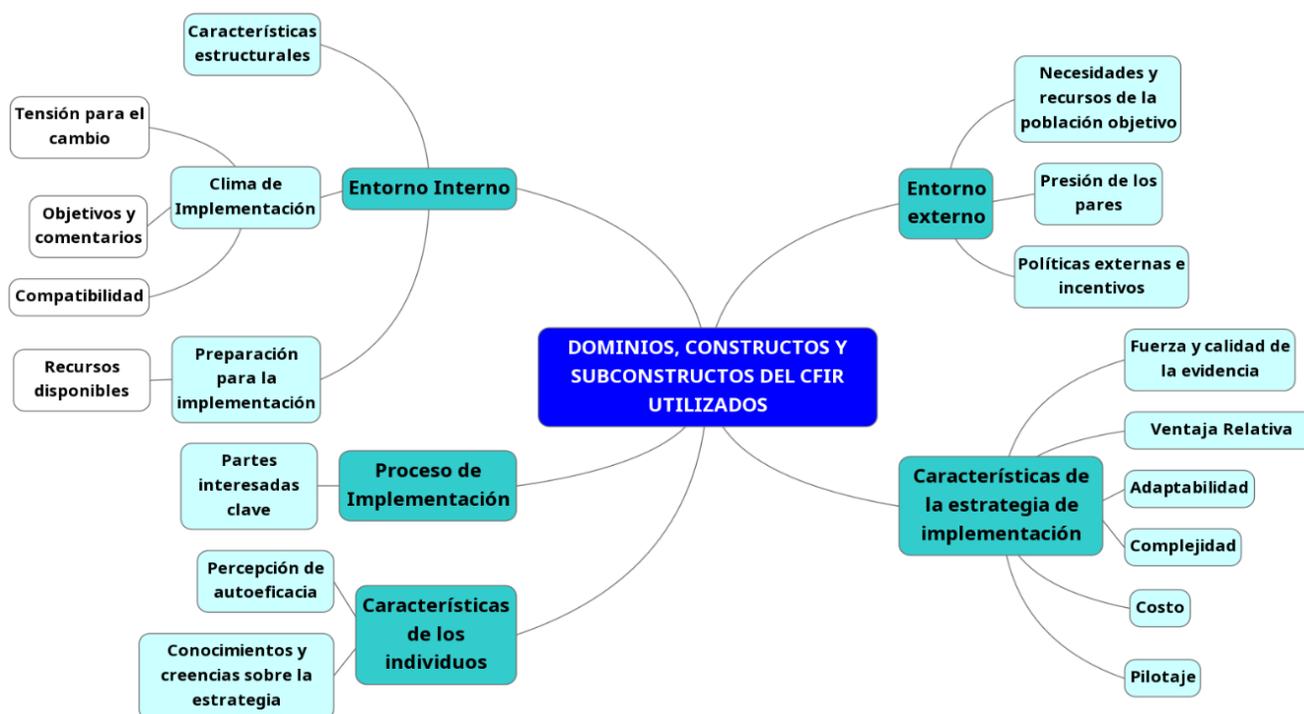
Los 3 programas restantes cumplen algunas condiciones de interés, pero presentan aspectos estructurales que no favorecerían la estrategia de integración de la QP, esto debido principalmente a los grupos de edad contemplados y otras condiciones del sistema de salud. De este modo, el

programa Médico del Barrio solo cubre la población menor de 5 años con desnutrición aguda o con esquema de vacunación incompleto. El programa Misión ternura tiene cobertura hasta los 3 años, y la estrategia de Atención Integral a Enfermedades prevalentes de la infancia AIEPI se desarrolla exclusivamente en ámbito intramural, cubre hasta los 5 años, sus intervenciones no coinciden con la frecuencia de desparasitación puesto que dependen de la búsqueda de atención por parte de los padres o cuidadores, también cuenta con un sistema de información aunque cumple parcialmente el aspecto de indicadores establecidos, con bajas capacidades de monitoreo y evaluación, el programa no tiene un presupuesto específico y realiza acciones de promoción y educación solo en los establecimientos de salud. En consecuencia, se seleccionaron de manera preliminar los 3 primeros programas: PIANE, ENI y MAIS-CE, que luego fueron indagados en su aspecto operativo con los actores involucrados, mediante entrevistas semiestructuradas y grupos focales.

5.2. Resultados Objetivo 2

Para el logro de este objetivo, se realizaron 8 entrevistas y 3 grupos focales tomando como base los 3 niveles de análisis planteados. Cabe mencionar que este estudio se enfoca en una intervención que se encuentra en fase de pre-implementación por lo que no todos los dominios y constructos del CFIR fueron aplicables para el logro de este objetivo de investigación.

Gráfico 3. Dominios del CFIR, constructos y sub-constructos utilizados.

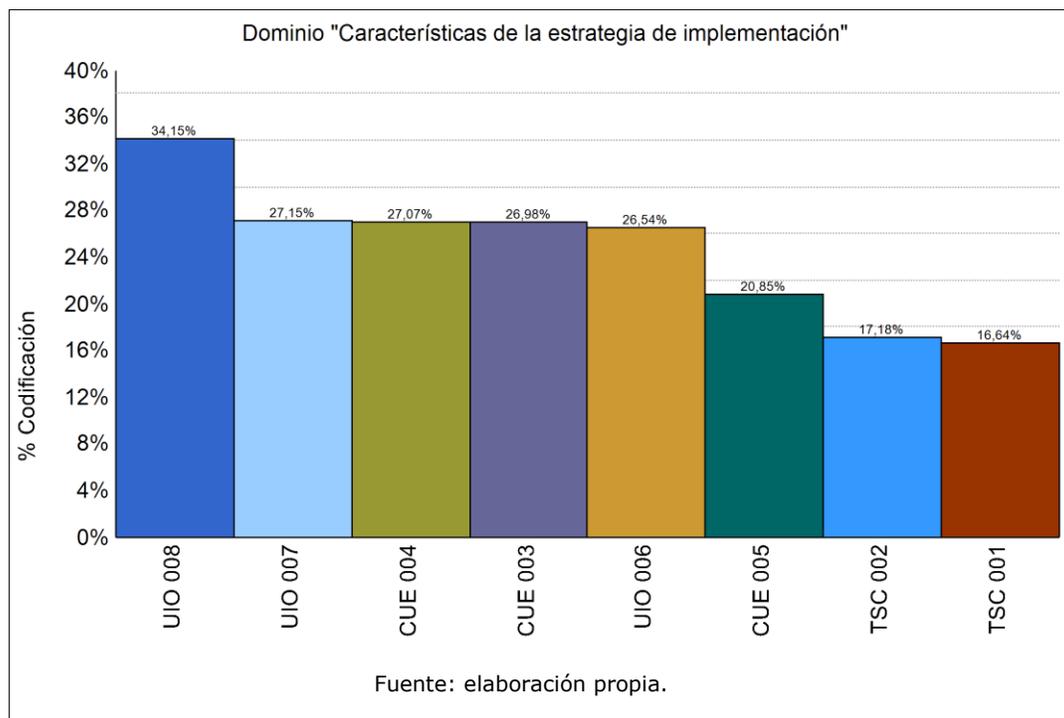


Fuente: elaboración propia basado en CFIR (68) propuesto por Damschroder 2009.

5.2.1 Dominio “Características de la estrategia de implementación”

Los constructos que se incluyen en este dominio se refieren a los aspectos de la intervención que pueden afectar el éxito de la implementación, en este caso en concreto, de la integración de la QP a los programas de SP.

Gráfico 4. Porcentaje de codificación por cada entrevista en el Dominio "Características de la estrategia de implementación"



Es importante destacar, que el mayor porcentaje (88,19%) de referencias codificadas en los constructos asociados a este dominio, corresponden a las entrevistas realizadas en el nivel central y el menor porcentaje (33,82%) a las que se realizaron en el nivel local, tal como lo muestra la gráfica anterior.

5.2.1.1 Constructo fuerza y calidad de la evidencia

Este constructo refleja las percepciones de los actores involucrados respecto a la calidad y validez de las pruebas que respaldan la creencia de que la integración de las actividades de desparasitación tendrá los resultados deseados. En este sentido, a nivel local este constructo permite evidenciar barreras (influencia -) para la implementación ya que, al respecto, los entrevistados declaran desconocer la efectividad de la QP como estrategia para el control de las HTS, valga como ejemplo la siguiente respuesta en una entrevista:

"Como terapia preventiva no tengo información, la he visto más como algo, cuando ya está alguna patología, cuando ya tiene parasitosis el uso del albendazol" (entrevista TSC 001).

Sin embargo, en este nivel se reconoce el beneficio de anexar esta actividad al paquete de atenciones preventivas ofertadas por el Ministerio

de SP a los habitantes del cantón Taisha. En contraste, a nivel zonal, los entrevistados refieren tener conocimiento de experiencias exitosas a nivel de América Latina y el Caribe, donde se ha evidenciado la efectividad de las actividades integradas de desparasitación no solo para el control de las HTS, sino también para otras enfermedades infecciosas asociadas a la pobreza. Incluso se menciona que el albendazol, medicamento de uso en la QP para el control de las HTS, es de bajo costo y eficaz,

“Yo no me preocuparía tanto por el albendazol, tiene la ventaja de ser económico y bueno uhum” (entrevista CUE 003).

No obstante, en este nivel se percibe que existe un desconocimiento por parte del personal médico de los determinantes sociales asociados a esta patología. Por consiguiente, asumen que las HTS deben abordarse únicamente desde una perspectiva farmacológica. En síntesis, el constructo evidencia de fuerza y calidad, permite identificar facilitadores (influencia +) para integrar las actividades de desparasitación a nivel zonal.

Por otro lado, a nivel central se respalda la evidencia de la efectividad de la integración de la QP por las recomendaciones brindadas por OPS/OMS en las resoluciones emitidas y que muestran la relación entre eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones asociadas a la pobreza, que se socializan a todos los ministerios de salud de los estados miembros, de hecho el país ha logrado la eliminación de la oncocercosis utilizando la QP con ivermectina, tal como se refiere a continuación:

“Eh, tenemos la experiencia en el control y eliminación de la Oncocercosis en el Ecuador con quimioterapia con ivermectina, una actividad efectiva que ayudó al país a eliminar la transmisión de la Oncocercosis y que además se recomienda en varias enfermedades infecciosas desatendidas” (Entrevista UIO 007).

Ahora bien, en este nivel, existen opiniones divididas entre los entrevistados, debido a que se considera a la QP para el control de las HTS como una actividad poco eficaz, puesto que no se logra incidir en los determinantes sociales asociados, por el contrario, se trata la enfermedad, pero evita que se generen políticas sostenibles que permitan que las personas tengan un cambio en sus determinantes de salud que favorecerían el fortalecimiento de sus capacidades individuales para la prevención de las HTS. En suma, en el nivel central este constructo presenta una influencia mixta (+/-).

5.2.1.2 Constructo ventaja relativa

Este constructo manifiesta la apreciación de las partes involucradas sobre la ventaja de implementar la integración de las actividades de desparasitación versus una solución alternativa. En concreto, en este caso se consideró que la solución alternativa es el manejo actual de esta enfermedad, el cual se realiza por demanda inducida, es decir, se desparasita a los infantes cada vez que asisten con sus acudientes a los establecimientos de salud del Ministerio de SP.

De este modo, a nivel local se evidencian algunas ventajas al integrar las actividades de desparasitación. Por ejemplo, se tendría la garantía de que los infantes tengan una atención, al menos 2 veces en un año, puesto que en zonas como el cantón Taisha, donde la prevalencia de las HTS es superior al 50%, es imprescindible que la desparasitación se realice cada 6 meses para que esta estrategia sea efectiva. Adicionalmente, la integración de la QP fomentaría una mayor captación de la población entre 1 y 14 años, grupo etario considerado para la implementación de la estrategia, por consiguiente, al captar mayor población, incrementaría la producción y registro de atenciones brindadas por el personal de salud:

"Además, creo que la integración de la quimioterapia nos beneficie en el momento de, de hacer más captaciones o de hacer los registros de las atenciones médicas" (entrevista TSC 002).

Además, se percibe que al integrar la desparasitación a programas de SP establecidos, se podrían manejar indicadores que permitan conocer si esa población está desparasitada y realizar el seguimiento y control de los beneficiarios, que en teoría deben superar el 85% de la población en cuestión como condición necesaria para que esta estrategia sea efectiva. En resumen, este constructo a nivel local se presenta como un facilitador (influencia +) para la integración de la QP.

Del mismo modo, en el nivel zonal se declaran ciertas ventajas de integrar la desparasitación, por ejemplo: el escalamiento de las HTS como problema de SP en la región amazónica y la responsabilidad de responder con políticas públicas de salud acordes al contexto donde se presenta esta enfermedad; la institucionalización de la desparasitación como un componente fundamental en los paquetes de atención curativos y preventivos del MSP, siempre y cuando se cumplan las dos rondas al año:

"Las campañas de desparasitación que se han realizado en el país, simplemente no hubo coordinación ni conocimiento del tema, a mí lo

que me llamó la atención, es que iba a ser una sola, entonces ahí es mejor no hacer nada, no tiene sentido”, (entrevista CUE 004).

Otras ventajas señaladas en las entrevistas incluyen que la integración de la desparasitación como estrategia permitiría conocer si realmente se están acogiendo a las 2 rondas de desparasitación en un año, si la dosificación es la adecuada, si el medicamento empleado realmente está cumpliendo su cometido, conocer el impacto de esta estrategia para reducir la prevalencia e intensidad de infección de las HTS y el impacto a nivel del estado nutricional de los niños, entre otras; todo eso mediante el seguimiento y monitoreo de los infantes durante la implementación de la estrategia. Por consiguiente, a nivel zonal, este constructo también se presenta como un facilitador (influencia +) para integrar la QP a programas de SP.

Por último, a nivel nacional también se declaran ventajas de la integración de las actividades de desparasitación, entre ellas: la existencia de estrategias a nivel nacional enfocadas en mejorar el estado de salud de infantes y adolescentes; la posibilidad de implementar la integración de la QP como política del nivel local, donde se puede lograr mayor capacidad de organización para lograr este fin:

“Más allá de programas o estrategias nacionales, yo creo que las estrategias, o las políticas a nivel local son mucho más fuertes y tienen mejor capacidad de organización para poder ejecutar esta estrategia”
(Entrevista UIO 006).

Adicionalmente, se señalaron como ventajas: la posibilidad de evidenciar a los antiparasitarios no solo como tratamiento farmacológico, sino más bien como una estrategia preventiva de alto impacto en la salud de niños y adolescentes; la posibilidad de universalizar la entrega del medicamento, partiendo de que se lo puede aplicar en cualquier nivel de atención y por cualquier tipo de profesión, siempre y cuando se haya capacitado previamente al personal de ramas distintas a la salud como por ejemplo los profesores; la ventaja asociada a la posibilidad de lograr la desparasitación sin necesidad de un diagnóstico de laboratorio previo y finalmente, se percibe una mejora en el registro y sistematización de la información, que favorecería el monitoreo y control de la estrategia integrada de desparasitación. En definitiva, este constructo se evidencia como facilitador (influencia +) en el nivel central para la integración de las actividades de desparasitación.

5.2.1.3 Constructo adaptabilidad

Este constructo se define como el grado en que la estrategia de integración de las actividades de desparasitación se puede adoptar, adaptar, refinar o reinventar para satisfacer las necesidades locales. Para dar respuesta a este constructo se consideraron los programas de SP más idóneos identificados en el objetivo 1, en concreto: la Estrategia Nacional de Inmunizaciones "ENI" y el Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador "PIANE".

Respecto a la integración de la QP al PIANE, a nivel local se percibe que se necesitaría poner en conocimiento la estrategia de integración de las actividades de desparasitación a todos los actores involucrados de este plan, con la finalidad de tener un consenso respecto al conocimiento sobre la estrategia, punto clave para que no existan interrupciones al momento de implementar la estrategia, debido a que este plan es de carácter intersectorial, lo que indica que incluye no solo al sector salud, sino también a diversos sectores, entre ellos, social, deportivo, educativo, agropecuario, etc.; muchos de ellos con poco o nulo conocimiento del tema. Sin embargo, en este nivel se menciona que el PIANE está funcionando de manera parcial en el cantón Taisha, pues no se ha logrado ejecutarlo completamente; en relación con ello, los entrevistados mencionan que únicamente ha servido como plataforma para que los niveles superiores del MSP soliciten información relacionada con las actividades realizadas por los equipos de atención integral en salud del MSP, referente a las atenciones curativas y preventivas vinculadas al estado nutricional de niños menores de 5 años.

Sin embargo, en las entrevistas se refiere que las actividades integradas de desparasitación deben ser de naturaleza intersectorial, donde se incluyan a los Ministerios de SP, Inclusión Económica y Social, y al Ministerio de Educación. Cada una de estas instituciones cuenta con personal distribuido por todo el cantón, razón por la cual se percibe que esta estrategia podría adaptarse al contexto local, no obstante, se reitera que uno de los requisitos necesarios para implementar la integración es la capacitación previa al personal de estas instituciones:

"Lo primero que se debe requerir es capacitar al EAIS [Equipo de atención integral de salud] capacitar a las educadoras del MIES [Ministerio de Inclusión Económica y Social] porque queremos que nos ayuden, capacitar al Ministerio de Educación porque también necesitamos que nos ayuden o nos den paso de la visita al colegio con el medicamento" (Entrevista TSC 001).

Adicionalmente, se manifiesta la necesidad de un lineamiento operativo claro y conciso, en el que se especifiquen con detalle las actividades de cada uno de los Ministerios que se involucran en la implementación del proceso de integración de la desparasitación como una actividad preventiva; dicho lineamiento debería ser desarrollado en el ámbito local, ya que en este nivel se conocen todas las particularidades del cantón que pueden influir en la implementación exitosa de esta estrategia, contemplando también el acompañamiento de los niveles zonal y central.

Por otro lado, si se considera la integración de la QP a la ENI, se menciona que, al pretender adaptarse la estrategia a este programa de SP, pueden generarse ciertos inconvenientes, principalmente asociados a la intensificación de la carga laboral al personal de salud encargado de las inmunizaciones:

"Eh, sí van a haber problemas, pero es cuestión de adaptación, sí van a haber problemas porque como usted bien conoce, nosotros manejamos como MSP múltiples tipos de información, múltiples procesos, múltiples proyectos, y a veces el personal en territorio de acuerdo a la demanda espontánea tiene una carga laboral grande, posterior a eso se le suman la presentación de informes, la elaboración de los informes, el llenado de matrices, todo eso son una recarga laboral, y venir a sumar un, un proceso más, una estrategia más, sí va a traer sus problemas pero entonces ahí tendríamos que trabajar, este implementándola, pero a la vez apoyando al personal que realmente está en territorio, dándole estrategias o acciones precisas para que el trabajo se le haga más fácil"
(Entrevista TSC 001).

En fin, este constructo, a nivel local, por todas las particularidades mencionadas, evidencia barreras (influencia-), para integrar las actividades de desparasitación.

En lo concerniente al nivel zonal se percibe que el PIANE no es una buena opción para integrar las actividades de desparasitación debido a la percepción de que en Taisha no se ha logrado consolidar aun este plan, pero consideran a la Estrategia Nacional de Inmunizaciones como un programa viable para la integración, dado que la desparasitación puede anexarse al esquema de vacunación actual que rige a nivel nacional.

Sin embargo, en este nivel también se menciona la posibilidad de implementar las actividades de desparasitación de manera intersectorial, apoyándose de las normativas existentes del programa Misión Ternura que se oferta a través de la plataforma Creciendo con nuestros hijos CNH's de MIES y al Modelo de Atención Integral en Salud en Contextos

Educativos MAIS-CE coordinado en conjunto por el MSP y el Ministerio de Educación. Como muestra, se menciona cómo se podría articular el trabajo con los profesores, quienes tienen a su cargo población en edad escolar cautiva, lo que facilitaría el seguimiento de los infantes:

"Los profesores en su trabajo diario pasan muchísimo tiempo con los niñitos de las escuelas, pasan ellos prácticamente todos los días, y esa es una población cautiva que nos permite hacerles el seguimiento al pie de la letra por decirlo así, también por el alcance que ellos tienen, hay escuelitas casi en cada comunidad y eso por ejemplo el MSP tampoco lo tienen, entonces se podría aprovechar de esto de las escuelitas y que pues los profesores sean quienes desparasiten, siendo ellos actores fundamentales dentro de este ejercicio" (Entrevista CUE 004).

Adicionalmente, también se alude a que el MSP puede trabajar de manera conjunta con el Ministerio de Inclusión Económica y Social, puesto que para la entrega del medicamento no se requiere personal con mucha experiencia, además que, igualmente, tienen a su cargo población cautiva, específicamente niños y en edad preescolar del programa Creciendo con Nuestros Hijos "CNH", ofrecido por esta institución; otra utilidad enlazada al trabajo intersectorial con estos ministerios es que por su cercanía con niños, adolescentes y acudientes, adicional a la desparasitación se podría incluir programas de promoción y prevención de otras enfermedades asociadas a la pobreza y enfermedades prevenibles por vacunación.

Otro punto importante para destacar a este nivel es la capacidad de apoyarse para la implementación de esta estrategia con los Técnicos de Atención Primaria en salud "TAPS" del MSP, que en teoría no se desempeñan como un programa como tal, sino más bien son funcionarios públicos que facilitarían el enlace con las comunidades, la capacitación de éstas y el reconocimiento de las HTS como problema de salud debido a los efectos adversos a mediano y largo plazo que producen en sus niños. De este modo, la estrategia se construiría considerando las percepciones y opiniones de la comunidad, logrando así el éxito de la integración de las actividades de desparasitación. Al respecto se menciona lo siguiente:

"No cometan el error de lanzar una política nacional aplicado a todo mundo, independientemente del pueblo que hablen, como vivan, como haga, no comentan ese error, por eso te recalco es una, es una, es una oportunidad histórica que tienes para poder revisar la parte de esto." (Entrevista CUE 003).

Adicionalmente, se menciona el rol fundamental de los TAP's, si la estrategia se trabaja en conjunto entre los Ministerios ya mencionados, puesto que ellos podrían ser los responsables de la recolección de la información generada por el personal de MIES y del Ministerio de Educación, ya que se menciona que los TAP's pueden reportar esta actividad como parte de sus indicadores y metas de trabajo en el MSP. En suma, a nivel zonal, este constructo se presenta como un facilitador una (influencia +) para la integración de la QP.

Finalmente, a nivel central, no se consideran ni al PIANE ni a la ENI como programas para la integración de la QP, pero sí se recalca la importancia de que esta estrategia se ejecute de modo intersectorial, ya que existen muchas políticas que acercan los servicios estatales a los hogares ecuatorianos, principalmente el MSP con los TAP's y el MIES con sus técnicos de acompañamiento familiar. Se menciona que una actividad puntual como la desparasitación con una frecuencia de 2 veces al año puede ser efectuada por cualquier funcionario que llegue a tener contacto con el hogar y no necesariamente solo por el sector salud, tal como se refiere en la entrevista:

"Cualquier funcionario que llegue a tener contacto con el hogar, debería ser el que oferte el albendazol, o sea no debería ser únicamente salud, por eso tranquilamente cualquiera de los sectores y sobre todo el sector social, pero también hay otros sectores importantes que también pueden apoyar con el tema por ejemplo Educación, el tema de MIES, inclusive el tema del Ministerio de Agricultura y Ganadería, que tienen contacto directo con las personas por el tema de asesoría a nivel agrícola, no debería ser una política exclusiva del sector salud"
(Entrevista UIO 006).

Adicionalmente, en este nivel se enfatiza que, para poder adaptar esta estrategia a la realidad del país, es necesario la existencia de compromiso político principalmente en el nivel local, donde se incluyan a todos los actores políticos, sociales y de salud que permitan que la ciudadanía conozca la importancia de las HTS, se apropien del tema y posibiliten la sostenibilidad de la estrategia en el tiempo, independientemente de la tendencia política de turno. Resumiendo, a nivel central, este constructo se presenta como un facilitador (influencia +) para la integración de las actividades de desparasitación.

5.2.1.4 Constructo complejidad

Este constructo se define como la dificultad percibida para integrar la desparasitación, reflejada por la duración, el alcance, la interrupción de

procesos ya establecidos y el número de pasos a necesarios para implementar esta estrategia.

De este modo, a nivel local se percibe que la integración a los programas que oferta el Ministerio de SP en el cantón no sería compleja, puesto que lo único que aumentaría es una prestación más a los paquetes de atención de esta institución. Al respecto se menciona lo siguiente:

"O sea sería fácil, el problema creo que sería más la aceptación del profesional debido a las demás funciones que cumple, pero de allí cuentan con los conocimientos, cuentan con la disponibilidad, no todos los días van a estar desparasitando, entonces no creo que haya problemas" (Entrevista TSC 002).

Por lo antes mencionado, se evidencia que este constructo se presenta como un facilitador (influencia +) para la integración de la QP a nivel local.

Por otra parte, en el nivel zonal, la implementación de las actividades integradas de desparasitación se percibe una dificultad relacionada con la decisión y aprobación por parte del nivel central del MSP, dados los múltiples requerimientos y trámites burocráticos que son solicitados por esta instancia para lograr la integración a los programas que pertenecen a este ministerio; a esto se le suma el retroceso en temas de SP por el regreso a un sistema de salud biomédico enfocado en tratar la enfermedad y la poca relevancia dada a los procesos de promoción y prevención de la salud. A propósito, se expone lo siguiente:

"Entonces tú necesitas anclarle esto ya al programa, pero la condición política del Ministerio, ese creo que va a ser el peor de tus problemas. Porque van a decir "a ver señor dada la hora después viene en 6 meses o ¿cómo va hacer el seguimiento?, va dar antiparasitarios a todos, ¿cómo va a evaluar lo nutricional?, vera que nosotros tenemos que, que esto informarlo a Quito, inteligencia de la Salud lo tiene que aprobar, ¿dónde están los consentimientos?, ¿tiene los consentimientos en idioma Achuar? eh, ¿quién va hacer su traductor allá?, vera nosotros no le vamos a prestar a nuestro personal de salud, vera usted llega solito allá y los TAP's tienen que hacer sus actividades. Si ves, entonces eso es lo difícil de hacer investigación en, en el país" (Entrevista CUE 003).

Por todo esto, a nivel zonal se percibe que este constructo se presenta como una barrera negativa (influencia -) para la integrar la QP.

Por último, en el nivel central no se percibe a la integración de la QP para el control de las HTS como una intervención compleja, debido a que el

medicamento es única dosis, puede ser administrado por personal no médico que fue capacitado, es de fácil transporte, entre otras ventajas. Al respecto se menciona lo siguiente:

"Yo creo que no sería difícil porque estamos hablando de un medicamento que es una mono dosis, es un medicamento que lo puedes tener en una mochila, puedes tranquilamente llegar y simplemente suministrarlo a los niños, lo importante si es manejar un registro adecuado" (Entrevista UIO 008).

En suma, a nivel central, este constructo se presenta como un facilitador (influencia +) para la integración de las actividades de desparasitación.

5.2.1.5 Constructo costo

Este constructo se relaciona con los costos asociados a la estrategia de integración de la desparasitación, incluyendo la inversión, la oferta y los costos de oportunidad.

Al respecto, en el nivel local no se percibe que la estrategia sea costosa, debido a que el medicamento utilizado para la intervención es de bajo costo y la integración a los programas de salud ofertados por el MSP en este cantón reduciría aún más los recursos necesarios porque, anclada a los procesos ya establecidos, permitiría utilizar los recursos ya existentes. Al respecto se menciona lo siguiente:

"Si estamos hablando de una integración a los programas que ya tenemos, eso me da a mi entender que, en el momento de la planificación de brigadas, van todos los programas de la mano, entonces allí mismo va la estrategia de la QP, entonces no necesita más recursos financieros, viéndola de ese punto de vista" (Entrevista TSC 002).

Sin embargo, cabe mencionar que en este nivel la planificación de las brigadas de salud a las diferentes comunidades que conforman el cantón Taisha y la supervisión de actividades que realizan los EAIS, está supeditada a la disponibilidad de recursos económicos que se asignan desde los niveles superiores. En ese sentido, se manifiesta que, en muchas ocasiones, no disponen de recursos económicos, lo que limita el accionar del MSP a este nivel, no obstante, esta afirmación corresponde a los costos necesarios para la ejecución de todos los programas ofertados por el MSP y no necesariamente a los costos adicionales asociados a la integración de la QP. En definitiva, a nivel local, el constructo costo se evidencia como un facilitador (influencia +) para la integración de la QP a programas de SP.

Ahora, refiriéndonos al nivel zonal, además de la percepción de los bajos costos de la desparasitación, se cree que para la implementación de las actividades integradas de desparasitación, resultaría más económico crear o fortalecer las capacidades del recurso humano local (profesores, líderes comunitarios, TAP´s, educadores del MIES) que pueden apoyar las diferentes estrategias de salud en su comunidad, ya que la movilización del personal de salud del MSP a las diferentes comunidades del cantón resulta muy costoso. Se calcula que se necesita alrededor de 60 mil dólares semestrales, únicamente para la movilización fluvial, aérea y terrestre con el fin de cubrir todas las comunidades del cantón Taisha:

"En la amazonia donde prácticamente estas comunidades son aisladas para la intervención que propones, hay tres soluciones; uno cierras las comunidades y les concentras a todos en un centro poblado para poder intervenir, dos pones un centro de salud en cada comunidad o tres tienes que crear capacidades locales para dar respuestas para salud y enfermedad. Crear capacidades locales, es muy bueno más aun en este contexto porque tú sabes cuánto cuesta un vuelo" (Entrevista 004 CUE).

En suma, a nivel zonal el constructo costo, se presenta como un facilitador (influencia +) para la integración de la QP.

Ahora bien, en el nivel central se refleja un descontento con relación a la inversión realizada en años anteriores en campañas de desparasitación, en la cuales se utilizaron recursos económicos y humanos; sin embargo, no se logró comprobar la disminución de la prevalencia de la enfermedad, principalmente por la falta de un sistema de registro de estas actividades. Al respecto se menciona lo siguiente:

"El tema de la desparasitación se ponía en controversia con relación a hacerlo como una actividad de una política dentro de un sistema de salud, pues de la desparasitación, se criticaba el hecho de que se haga una acción constante y permanente con una inversión económica fuerte, cuando existían y también de recursos: tiempo y talento humano, pero sin resultados favorables"
(Entrevista UIO 007).

Una consideración importante para destacar es que este nivel ha gestionado la obtención de financiamiento externo que puede servir para la movilización o la compra de insumos, principalmente medicamentos, tal como se ha logrado en otras enfermedades infecciosas asociadas a la pobreza, por ejemplo, Malaria.

Adicionalmente, se menciona la necesidad de invertir en un plan de estrategias edu-comunicacionales que acompañen a las actividades integradas de desparasitación, esto con el objetivo de lograr interiorizar la estrategia integrada como una necesidad sentida por la población, lo que garantizaría el sostenimiento de esta actividad en el tiempo. En resumen, a nivel nacional el constructo costo se presenta como un facilitador (influencia +) para la integración de la QP como estrategia para el control de las HTS.

5.2.1.6 Constructo pilotaje

Este constructo hace referencia a la capacidad de probar las actividades integradas de desparasitación a pequeña escala en la organización, y poder terminar o reorganizar la implementación en caso de que se lo requiera. De este modo, a nivel local, este constructo es omitido debido a la percepción que tienen los entrevistados que en el cantón Taisha se realizará el pilotaje para la implementación de las actividades integradas de desparasitación. Por la ausencia de este constructo, se considera a este como una barrera (influencia -) a nivel local, para la integración de la QP.

Por otro lado, a nivel zonal, se pone de manifiesto la importancia de realizar una prueba piloto para conocer cómo fue la respuesta de todos los actores involucrados en la implementación de las actividades integradas de desparasitación. Se menciona que este pilotaje será muy útil para identificar posibles fallas en la planificación, ejecución y logística necesaria para implementar esta estrategia. A propósito, se menciona lo siguiente:

"Yo te recomendaría, realizar la prueba piloto, para el andamiaje o sea para los procesos que tienes que hacer, ves en que fallas, ves en qué está mal, ves en donde falta la decisión política, de cómo está estructurado el proyecto sí, ahora esta prueba piloto no te va a dar muchos datos pero si te va a dar cuellos de botella y situaciones que tienes que tratar, por ejemplo yo siempre digo que, que lanzar una prueba piloto es como un pequeño seguro" (Entrevista CUE 005).

Por lo anterior, este constructo se presenta como un facilitador (influencia +) para la integración de la QP.

Para finalizar, a nivel central se recalca la relevancia de realizar una prueba piloto en el escenario más complejo, el cual se percibe que es el cantón Taisha, para luego proceder a implementarlo en otros territorios

con características similares, es decir, con una alta prevalencia de HTS. Al respecto, se manifiesta lo siguiente:

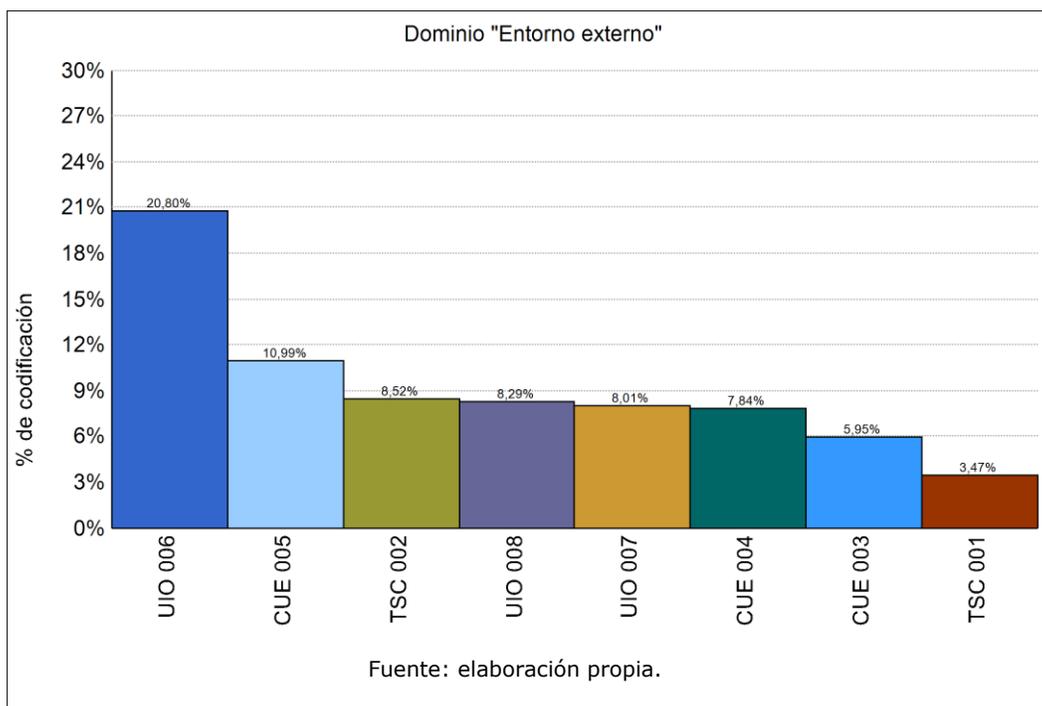
"Yo creería que es muy importante sobre todo eh, realizar un piloto, en el escenario más difícil que es Taisha [risas] para poderlo realizar luego en escenarios más fáciles como Guayaquil, como Esmeraldas que son un poco más fáciles de abordar" (Entrevista UIO 007).

Complementariamente, se señala también que el pilotaje de la estrategia a pequeña escala en una población que sea representativa en la que se pueda realizar el seguimiento de los parámetros e indicadores establecidos, permitiría conocer que tan bien funcionan la estrategia integrada de desparasitación. En resumen, a nivel central, este constructo se presenta como un facilitador (influencia +) para la integración de la desparasitación a programas de SP ya establecidos.

5.2.2 Dominio "Entorno externo"

Este dominio hace referencia a la descripción de las características políticas, económicas y sociales del entorno de los programas en los cuales se pretende integrar la QP para el control de las HTS.

Gráfico 5. Porcentaje de codificación por entrevista en el Dominio "Entorno externo"



El gráfico anterior evidencia que un 37,1 % de las referencias codificadas en los constructos asociados a este dominio pertenecen al nivel central, un 27,12% a las referencias codificadas del nivel zonal y un 11,99% al nivel local.

5.2.2.1 Constructo Necesidades y recursos de la población objetivo

Este constructo, se define como la capacidad de los programas de reconocer, priorizar con precisión, las necesidades de los beneficiarios de la desparasitación, así como las barreras y facilitadores para satisfacer esas necesidades.

En relación con este constructo, el nivel local sugiere tomar muy en cuenta el contexto intercultural del cantón Taisha y las percepciones que tienen los acudientes de los infantes con relación a los helmintos transmitidos por el suelo. De este modo, se considera que muchas madres de familia perciben a los antiparasitarios como la solución para que sus hijos tengan un mejor semblante, porque consideran que posterior a la toma del medicamento, los niños comen mejor, por ende, su vigor es notorio. Sin embargo, se menciona también que ciertos acudientes se quejan porque los infantes ingieren el medicamento con agua contaminada de los ríos, dada la ausencia de servicios básicos en este cantón, por consiguiente, los entrevistados asumen que el antiparasitario no tendría el efecto deseado.

En general, se cree que la población reaccionará de manera positiva a la desparasitación; valga como ejemplo la siguiente cita:

"Nuestra población indígena Shuar y Achuar acá, reaccionaria de manera positiva, porque aquí por la cultura o por su forma de pensar; ellos dicen enfermar por tener parásitos, si se da un antiparasitario (risas) no va a enfermar. Es lo que le va a dictar la lógica a ellos, entonces sí sería bien recibida." (Entrevista TSC 002).

No obstante, también se menciona que las poblaciones indígenas que habitan en Taisha prefieren acudir al curandero de su comunidad para que, con plantas naturales propia de la región, traten la parasitosis, antes que a los establecimientos de salud para que sean atendidos por un profesional de la salud. En suma, a nivel local, podríamos decir que este constructo ejerce una influencia mixta (+/-) para la integración de la desparasitación.

Por otro lado, en el nivel zonal se cree que la estrategia de integración de las actividades de desparasitación debe instituirse desde la propia comunidad, considerando el contexto intercultural que tiene el cantón, ya que cada etnia habitante del cantón Taisha tienen costumbres, idioma y modo de vida diferente, lo que hace que difiera su concepción del proceso salud-enfermedad producida por las HTS, por lo que la estrategia de desparasitación debería acoplarse a estas condiciones para que funcione perfectamente; al respecto, se manifiesta lo siguiente:

"Para ellos puede ser normal los parásitos, ellos a veces no comprenden que el niño flaquito es un niño desnutrido. Por ejemplo, malaria para el Achuar no es importante, el Achuar tiene una sensación de peligro de muerte al ver un jaguar, pero al mosquito no le tiene miedo" (Entrevista CUE 005).

Cabe destacar que a este nivel también se menciona que la desparasitación genera gran expectativa en los acudientes, dado que evidencian una mejora en el apetito de los niños, en la contextura física, entre otros beneficios; sin embargo, manifiestan que esto ha provocado una sobredosificación del medicamento, puesto que se está administrando más de dos veces al año, lo que podría resultar en posibles efectos de resistencia a los antiparasitarios; además, existe la creencia de que los antiparasitarios ofertados por el Ministerio de SP no sirven, por lo que prefieren adquirir este medicamento por su cuenta.

Adicionalmente, también se manifiesta el problema que produce el consumo de agua contaminada por falta de servicios básicos, lo que permite que el ciclo de parasitismo se perpetúe especialmente en los infantes; se menciona además la existencia de un resentimiento social asociado a la falta de oportunidades para un mejor nivel de vida, desencadenada por la pobreza, que el estado no ha podido mejorar; y por último, la actitud machista del colectivo masculino de la etnia Achuar, que ha dificultado el acceso a servicios de salud por este grupo, dado que no aceptan que la atención sea brindada por personal de salud de sexo femenino.

Un punto importante para destacar en este nivel es la creencia de la complejidad de modificar el pensamiento de los habitantes del cantón, respecto a la importancia del cuidado de su salud, lo que ha generado desconfianza hacia los servicios de salud, dado que los usuarios se sienten criticados por su modo de vida.

Por todo lo previamente mencionado, en el nivel zonal, este constructo se presenta como una barrera (influencia -) para la integración de las actividades de desparasitación.

Por otro lado, a nivel central se enfatiza en la necesidad de recuperar la práctica tradicional de desparasitar a los niños con periodicidad y sin la necesidad de un diagnóstico de laboratorio previo. Al respecto se expone lo siguiente:

"Cuando estás en un contexto en donde tu abres la boca de un niño encuentras una condición higiene bucal brutal, pies y manos totalmente sucias, y sabes que esos niños caminan en pisos tierra y que tienen una alta probabilidad de contagio, no únicamente fecal oral, sino de todo tipo, entonces tú llegas a decir bueno no, pues, o sea aquí o me mato mandando hacer exámenes, entonces te pones a pensar como médico y después dices, o me porto injusto con la población o simplemente empiezo a desparasitar a todos los niños que por lo menos no han tenido un antiparasitario en el año" (Entrevista UIO 008).

Comentan también que no se ha logrado tampoco incidir en los determinantes sociales asociados, lo que ha complicado aún más el panorama de salud infantil, dado que, se ha incrementado el número de casos asociados a enfermedad diarreica aguda, desnutrición aguda y crónica, patologías íntimamente relacionadas con las parasitosis intestinales, por lo que urge retomar esta práctica a nivel nacional. Por lo antes mencionado, este constructo se identifica como un facilitador (influencia +) a nivel central, para integrar la QP para el control de las HTS.

5.2.2.2 Constructo Presión de los pares

Este constructo se define como la presión mimética o competitiva para implementar las actividades integradas de desparasitación; normalmente porque otras organizaciones del mismo nivel o de la competencia ya han implementado o están en una apuesta por una ventaja competitiva.

Por consiguiente, en el nivel local se manifiesta que la única organización que realiza actividades de desparasitación en el cantón Taisha, corresponden a los 19 establecimientos de salud adscritos a la Dirección Distrital de Salud 14D05 del Ministerio de SP, por consiguiente, este constructo se manifiesta como un facilitador (influencia +) a este nivel, para integrar las actividades de desparasitación.

Por otro lado, en el nivel zonal se expresa que en algún momento, cuando la ley se los permitía, las instituciones de educación superior, cuando realizaban proyectos de investigación en la amazonia ecuatoriana, cargaban antiparasitarios y se lo prescribían a los pobladores de los lugares donde se asentaban de manera temporal; análogamente, también realizaban estas actividades los misioneros religiosos, las alcaldías, organizaciones no gubernamentales internacionales que prestaban servicios médicos y quirúrgicos, entre otros. Al respecto, el siguiente fragmento de una entrevista señala que:

"Sí, hubo una temporada en que los antiparasitarios fueron de libre demanda, o sea, no solo el Ministerio tenía, eh, sabíamos que incluso en la parte Amazónica, eh, los mismos misioneros de religiones llevaban antiparasitarios y daban a la gente, habían, eh, misiones por parte de universidades que iban a hacer algún tipo de intervención, también llevaban antiparasitarios, los militares, este medicamento era clave para la protección del personal dentro de este medio ambiente selvático, porque decían que todos estaban predispuestos adquirir este tipo de parásitos pero también daban a la gente"
(Entrevista CUE 004).

Sin embargo, en el nivel zonal se indica también que el hecho de que muchas otras organizaciones ofrezcan estos medicamentos ha dificultado el seguimiento de los infantes para el cumplimiento de la desparasitación en sus 2 rondas anuales, por causa de falta de registro de información y el empalme de estos con los sistemas de registro de información del Ministerio de SP, lo que ha provocado que los infantes sean desparasitados en un número mayor a lo requerido. Por lo antes mencionado, en el nivel zonal, este constructo ejerce una influencia mixta (+/-) para la integración de la QP para el control de las HTS.

Por otra parte, en el nivel nacional, se percibe que actores externos al Ministerio de SP optaron por gestionar, planificar y ejecutar acciones directamente en los territorios. Esto generó un malestar en el nivel central de esta entidad; sin embargo, estas prácticas han favorecido que fluyan las estrategias en territorio sin considerar el conducto regular que se maneja en las instituciones públicas de Ecuador. Esto resultó en acelerar la ejecución de los procesos en los niveles inferiores por la presión ejercida por entes externos como la OPS a los entes gubernamentales para agilizar los trámites burocráticos en el nivel central. Ahora bien, hablando en términos de integrar la QP para el control de las HTS, la falta de coordinación del nivel central con estos actores externos dificultaría la implementación de esta estrategia, valga como ejemplo el siguiente fragmento de la entrevista:

"Las mismas experiencias que hemos tenido con OPS, con algunas estrategias en Taisha mismo. Osea, OPS ha hecho lo que le da la gana en Taisha, hay que ser realistas y eso es bueno, porque OPS no esperó que esto venga con aprobaciones y, es más, había muchos conflictos entre el nivel central y la OPS, por eso. Porque la OPS articulaba con zona, la OPS ejecutaba con el nivel local, la OPS tenía autonomía y la OPS hasta cierto punto empezó a gestionar directamente el tema y funcionó, porque te prometo que se hubiera esperado OPS articular con el nivel central no hubiera podido ejecutar nada. Si yo bien me moría de las iras en Quito, cuando estuve acá comprendí el por qué OPS ejecutaba de manera directa, porque fluían las cosas, te lo digo es mucho más fácil ejecutar desde abajo" (Entrevista UIO 008).

Por consiguiente, este constructo se presenta como una barrera (influencia -) para la integración de las actividades de desparasitación, en el nivel central.

5.2.2.3 Constructo Políticas externas e incentivos

Este constructo contiene estrategias externas que influyen en la implementación de la integración de la desparasitación, incluyéndose aquí políticas y regulaciones del gobierno u otra entidad estatal, mandatos externos, recomendaciones y pautas, informes, adicionalmente se incluyen regalías o dádivas a modo de incentivo por el desempeño colaborativo.

En consecuencia, en el nivel local se tiene la percepción de que todas las políticas, normativas o lineamientos que manejan las entidades estatales, entre éstas el Ministerio de SP, Ministerio de Educación, etc., están incorrectamente orientadas, ya que estos niveles superiores no siempre conocen los diferentes contextos de aplicación de estas políticas, pues muchos de éstos de difícil acceso, característica que de por sí dificulta la implementación de dichas políticas. De este modo, se plantea que debe haber una horizontalidad en la elaboración de estos insumos que, se originen desde el nivel local con el apoyo del nivel zonal y nacional, todo esto con la finalidad de que las políticas sean funcionales y pertinentes a este nivel. Al respecto el siguiente fragmento de entrevista:

"Yo pienso que muchas de los lineamientos que se maneja el MSP, el MINEDUC y todo, pienso que todas las entidades públicas están mal distribuidas, porque vienen una pirámide invertida, porque nosotros somos básicamente los que damos un producto, aunque damos el producto y nosotros obedecemos a lo macro pero eh, muchas de las

veces toda estas cosas macro se dan en Quito y desconocen las realidades del país, son realidades sumamente diferentes, y el Ecuador tiene estas zonas, tiene estas zonas que son de difícil acceso, tiene estas zonas que necesitan de varias cosas. O sea, no le veo la lógica de que salga de arriba más bien vería la lógica que salga de aquí para que se pueda que los de arriba como que nos escuchen y nos puedan ir dando ciertas instrucciones porque hay muchas de los programas que aquí no se pueden dar” (Entrevista TSC 002).

Adicionalmente, se percibe que este nivel es solo ejecutor, mas no formulador de políticas, pero perciben que para que la integración de la QP a programas de SP funcione, deben ser tomados en cuenta en torno a la formulación de los lineamientos operativos que acompañen a la estrategia de integración. Por todo lo mencionado, este constructo a nivel local se presenta como una barrera (influencia -) para la integración de las actividades de desparasitación.

Por otro lado, a nivel zonal se opina que la política de salud que rige a nivel país supera el ámbito de acción del Ministerio de SP, puesto que muchas de estas leyes se debaten en la Asamblea Nacional, órgano que ejerce el poder legislativo en Ecuador y el cual contempla una comisión de legisladores encargada de formular o reformar las leyes relacionadas al sector salud, con base a los principios y fundamentos establecidos en la Constitución de la República. De este modo, se cree que la comisión de salud no cuenta con la experticia técnica ni científica para promulgar estas leyes, lo que complejiza la aplicación de éstas en los territorios. A continuación, el fragmento de una entrevista que menciona este punto:

“Las personas que están encargadas de hacer las políticas; muchas veces nosotros entendemos mal, que es el Ministerio de SP, cuando nosotros sabemos que estas políticas y leyes se dan a nivel de legislativo por parte de los asambleístas y políticos y dentro de ellos existe una comisión de salud, pero ellos ni siquiera tienen el conocimiento técnico. Si nosotros vemos ahorita por ejemplo las personas que están frente a la comisión de salud no tienen un perfil en salud, entonces son profesiones que, sin quitarles el mérito, les falta conocimiento y les falta sentir y encontrar la realidad de la SP del país” (Entrevista CUE 004).

Por otro lado, cuando hablamos específicamente de las políticas y regulaciones que pueden influir en la integración de la QP para el control de las HTS, se expresa que existe una normativa a nivel nacional expedida por el nivel central del Ministerio de SP, que especifica que los únicos facultados para prescribir medicamentos son el gremio médico, por lo que

suponen que esta normativa afectaría el proceso de integración de las actividades de desparasitación, puesto que otros actores tales como los profesores, la enfermeras, los técnicos de atención primaria en salud, no lo podrían hacer. Sin embargo, a modo de ejemplo, se menciona que en las zonas dispersas y de difícil acceso, donde existen casos de malaria, se ha facultado a los microscopistas responsables del diagnóstico de esta enfermedad para que pueden tratar a los infectados.

Por último, vale resaltar la mención de la existencia de la ley Orgánica Especial de la Circunscripción Territorial Especial Amazónica. Dicha ley aborda de manera integral temas de planificación, economía, educación, cultura y ambiente en todo el territorio amazónico. Por consiguiente, a este nivel se percibe que, si la estrategia de integración de las actividades de desparasitación logra apoyarse de la normativa y regalías de esta ley, favorecería la obtención de recursos y la sostenibilidad de la estrategia. Por lo anteriormente mencionado, en el nivel zonal, este constructo se presenta como un facilitador (influencia +) para la integración de la desparasitación.

Para finalizar este constructo, en el nivel central se manifiesta que para la integración de la desparasitación es necesario visibilizar la importancia de esta estrategia tanto como se ha logrado con la vacunación, puesto que muchas estrategias de las cuales se tenía gran expectativa fracasaron por la condición política del país, cambio de las autoridades de turno de todas los niveles y las deficiencias del sistema de salud; de este modo, una de las pocas estrategias que ha logrado mantenerse en el tiempo ha sido la vacunación.

Otro punto importante por destacar es que en este nivel también se percibe un desmontaje actual del aparataje estatal de salud por una decisión política coyuntural del gobierno enfocada a disminuir el gasto público. En tal esquema, se pasa de tener una fortaleza en el sector público a juzgar toda la inversión realizada y se piensa que se ha hecho todo con miras a privatizar el sector salud.

Adicionalmente, también a este nivel se piensa que las Alcaldías limitaron su responsabilidad en torno a su rol en el trabajo intersectorial con el Ministerio de SP, en lo que respecta a incidir en algunos determinantes sociales de la salud, que al final terminan afectando en los indicadores de salud del país.

Por último, se puntualiza aún más en la política nacional de medicamentos, específicamente la prescripción de medicamentos por parte de personal no médico y cómo ésta entraría en conflicto con la integración de las actividades integradas de desparasitación. Sin

embargo, se tiene la creencia de que, si bien las leyes están planteadas, son muy débiles para aplicarse a cabalidad; esta característica permitiría plantear a las instancias tomadoras de decisión el tema de la implementación de la integración de la QP para el control de las HTS en los programas existentes. Al respecto se presenta el siguiente fragmento:

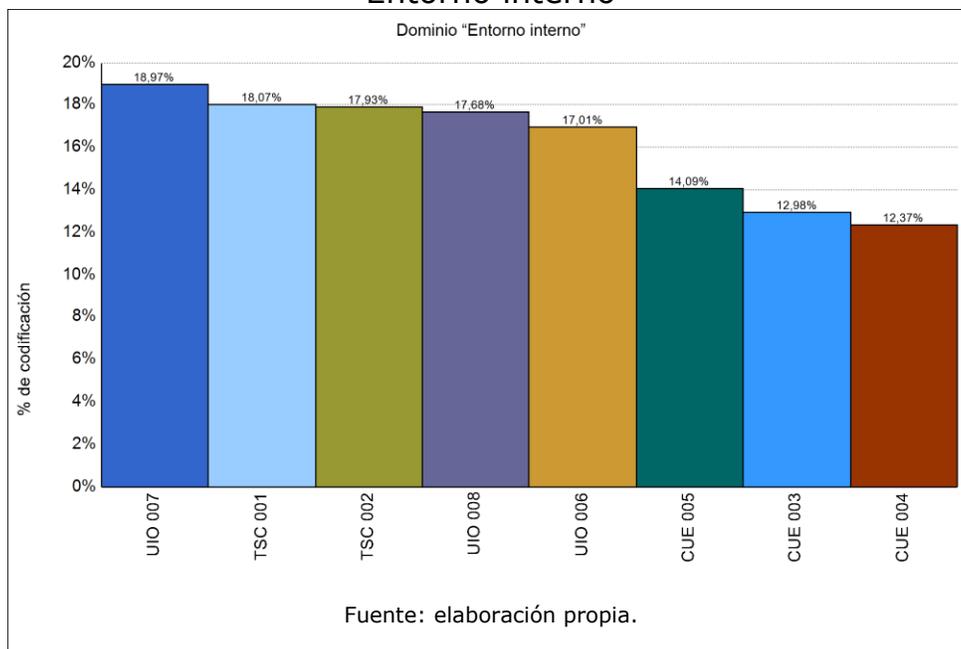
"Ahí hay algún tipo de ventajas en el país, o sea el país, si bien tiene una normativa o tiene una reglamentación que todavía no es fuerte no es potente, el tema de resistencia bacteriana en un claro ejemplo, o sea en teoría no debería, no debería dispensarse en las farmacias, un antibiótico, si no tienes una receta médica, pero vamos a ver el cumplimiento a nivel país es casi nulo, en ese sentido más bien, yo creo que el tema de no tener una reglamentación fuerte, permite que en este momento se puede poner el tema de la integración de la desparasitación en discusión" (Entrevista UIO 008).

En resumen, en el nivel central, el constructo políticas externas e incentivos, ejerce una influencia mixta (+/-) para la integración de la QP como estrategia para el control de la HTS.

5.2.3 Dominio "Entorno interno"

Este dominio incluye características propias de la organización en la que se realizará la integración de las actividades de desparasitación.

Gráfico 6. Porcentaje de codificación por entrevista en el Dominio "Entorno interno"



El gráfico anterior refleja que un 53,66% de referencias codificadas en los constructos asociados a este dominio corresponden a las entrevistas realizadas en el nivel central, un 39,44% al nivel zonal y un 36% al nivel local.

5.2.3.1 Constructo Características estructurales

Este constructo se define como la arquitectura social, la edad, madurez y tamaño de una organización.

En este sentido, en el nivel local, cuando hablamos de la posible integración de la desparasitación a programas existentes en el cantón Taisha, en este caso, integrar al PIANE, se expresa que este programa no ha logrado establecer la intersectorialidad que se requiere donde confluyan todas las instituciones públicas o privadas que están relacionadas con la alimentación y nutrición en todo el curso de vida de los ecuatorianos, las únicas instituciones que al momento se encuentran implementado el plan son el Ministerio de SP y el Ministerio de Inclusión Económica y Social. No obstante, estas dependencias locales no trabajan de manera coordinada, sino más bien aislada, donde únicamente se reúnen para recopilar y enviar resultados cuando son solicitados por los niveles superiores. Por otro lado, existirían dificultades con la Alcaldía de Taisha, institución que por normativa tiene que liderar el plan a este nivel; de hecho, se manifiesta que su participación en acciones de salud es mínima, al contrario, su interés radica en el levantamiento de infraestructuras que sean más visibles para la población del cantón. En este sentido, valga como ejemplo la siguiente afirmación:

"Lamentablemente aquí en Taisha nosotros contamos con un Gobierno Autónomo Descentralizado, sumamente eh, no sé si se puede decir la palabra necio en cuanto a los cambios de conductas de la población. A pesar de que ellos según la normativa deben liderar la mesa cantonal, no muestran interés, entonces es un gobierno que trabaja mucho más en hacerles un espacio cubierto porque es algo visible y palpable que invertir en salud o en prevención" (Entrevista TSC 001).

Siguiendo en esta línea, se enuncia que, para la integración de la QP, no serían necesarios cambios estructurales en el PIANE, ya que se percibe que lo único que aumentaría es una prestación más a los paquetes de atención del Ministerio de SP que se ofertan a través de este plan. No obstante, reiteran que todo esto se puede cumplir, siempre y cuando cuenten con el suficiente personal administrativo y operativo para lograrlo:

"Pero el problema es por ejemplo el nivel zonal a mí me dice que no me va a dar las obstetras que necesito, me dicen que no hay licenciadas, me dicen que para Taisha no van a enviar a los médicos que solicito, si de aquí a lo que se termine y se me van los 115 rurales entran nada más 50 eso quiere decir que tengo que cerrar centros de salud, que ya no va a funcionar todos los 30 días, ya no va haber funciones preventivas, entonces lo óptimo mientras existan las condiciones va a ser fácil, pero cuando ya no existan las condiciones entonces nos afecta un montón las cosas" (Entrevista TSC 002).

Mencionan además que el Ministerio de SP cuenta con un 90% de personal operativo que está cumpliendo con su año de salud rural, que en su mayoría presenta deficiencias en conocimientos relacionados con promoción y prevención, además de que por el cambio que sufre este personal, es muy difícil consolidar los programas, puesto que cada año tienen que capacitar a personal nuevo dada la alta rotación de este personal, lo que dificulta el sostenimiento de los programas ya implementados por la ruptura en la continuidad de los procesos.

Complementariamente, se evidencian otras dificultades asociadas al registro de los datos de los infantes, en vista de que muchos de ellos carecen de registro de inscripción de nacimiento o cédula de identidad, condición que afecta principalmente a la Estrategia Nacional de Inmunizaciones. Sin embargo, se cree que en este programa no se deberían realizar cambios estructurales enormes para la integración de la desparasitación, sino más bien adaptar el sistema de registro de información para incluir la desparasitación como una actividad adicional de este programa.

Para finalizar, se exponen ciertas condiciones que afectan de manera estructural a todos los programas existentes en el cantón Taisha, y no necesariamente a la estrategia de integración de las actividades de desparasitación.

Se percibe una pérdida en el avance de los procesos ya establecidos de los programas que son guiados por el MSP por la interrupción que se genera por los cambios continuos de los responsables de estos programas y la poca o nula supervisión que pueden ejercer éstos a los establecimientos de salud pertenecientes al MSP por la brecha de personal existente; todo esto se asocia a los inconvenientes ocasionados por el difícil acceso a las comunidades del cantón que puede ser de forma terrestre, fluvial o aéreo.

Las condiciones climáticas de este cantón amazónico (lluvias, temperaturas y humedad altas), favorecen el deterioro de manera acelerada de los equipos, infraestructura, entre otros enseres existentes en los establecimientos de salud, esenciales para brindar a la población una atención de calidad; de la misma manera, estas condiciones provocan la caída constante del flujo de energía eléctrica y el servicio de internet, lo que complica el despacho de la información a los niveles superiores.

Por todo lo anteriormente mencionado, a nivel local este constructo presenta una influencia mixta (influencia +/-) para la integración de la QP a los programas de SP existentes en Taisha.

Por otra parte, en el nivel zonal no se considera adecuado integrar las actividades de desparasitación al PIANE por la percepción de que éste no ha logrado institucionalizarse en el cantón Taisha y, además de ello, la inexistencia de información clara para el análisis de los avances del plan, ya que se percibe que ésta es de mala calidad. Sin embargo, consideran a la Estrategia Nacional de Inmunizaciones como un programa favorable para la integración, puesto que su organización se ha mantenido en el tiempo. A continuación, un fragmento de una entrevista para ejemplificar lo mencionado:

"La ENI es de una de las mejores estrategias que hay, si en operatividad, en objetivos, es una de las que más control tiene y más vigilancia tiene, también trabaja bastante con poblaciones cautivas ya sea de manera intersectorial, por ejemplo, con el MIES, con sus centros de atención a los niños los CNH's, pero al PIANE lo veo difícil porque, no se ha logrado establecer como tal, no ha cumplido con las expectativas, no hay información clara para poder analizar, los reportes que realizan, es de mala calidad, no es digna de un Ministerio"
(Entrevista CUE 004).

Por esto, se considera que a este nivel el constructo características estructurales se evidencia como un facilitador (influencia +) de la integración de la QP a la ENI.

En el nivel zonal también se mencionan características estructurales del nivel local que podrían afectar a todos los programas del Ministerio de SP y no necesariamente a la integración de las actividades de desparasitación: entre estas se encuentra el financiamiento: se manifiesta que el MSP tiene una estructura jerárquica vertical, que los recursos se asignan desde el nivel central de esta institución con base en el número de habitantes que serán atendidos en los diferentes establecimientos de salud a su cargo; sin embargo, esta asignación no

considera el contexto de los cantones de la Amazonía ecuatoriana, que presentan dificultades en el acceso geográfico, alta dispersión poblacional, servicios básicos deficientes, condiciones climáticas desfavorables, causales que incrementan los requerimientos económicos, principalmente asociados a la movilización para el ingreso del personal de salud y el sostenimiento durante su estancia. Al respecto se afirma lo siguiente:

"Si me preguntas en este proyecto lo primero que tiene es la dificultad económica, pienso yo, no sé cómo estén los vuelos allá, no sé si vas a intervenir todo Taisha, no sé si vas a invertir en la zona Achuar, no sé, pero bueno, adicional a esto, la gente que se va a encargar necesita que tenga su respaldo, por ejemplo nosotros no podemos mandar a un médico y es lo que pasa y por eso abandona la estrategia, mandamos un médico a la selva pensando que con una botella de agua va a sobrevivir, y que vayan a buscar a pacientes para vacunar, que vayan a hacer un barrido documental, pero y la plata, el, ¿cómo se va?"
(Entrevista CUE 003).

Por último, a nivel central no se considera adecuado la integración ni al PIANE ni a la ENI; se tiene una perspectiva intersectorial para la implementación de esta estrategia, apoyada en la normativa vigente de muchos programas que son ofertados por el Ministerio de SP, en conjunto con otros ministerios como el Ministerio de Inclusión Económica y Social y el Ministerio de Educación.

Como características estructurales que afectan a los programas de SP en los niveles inferiores se menciona que se ha debilitado a los niveles inferiores, principalmente al nivel zonal, debido a las políticas de austeridad en materia económica adoptadas por el gobierno nacional, lo que ha conllevado a la eliminación de las direcciones zonales de vigilancia de la salud, provisión de servicios de salud y promoción de la salud, por lo que se piensa que el nivel zonal no podría apoyar la implementación de la integración de la QP por la brecha de personal existente.

La percepción de la deficiente formación académica en materia de planificación, existente a nivel del personal administrativo y operativo que labora en el Ministerio de SP en todos sus niveles, complica la implementación y ejecución de los diferentes servicios ofertados; al respecto el siguiente ejemplo:

"El inconveniente que se tiene es que existe una gran debilidad a nivel de la formación de profesionales de salud y no salud que están involucrados en el sector, te hablo de economistas, te hablo de la parte

financiera la parte legal, te hablo de los propios médicos, enfermeras, psicólogos, odontólogos, nutricionistas, todas las ramas de la profesión, que si en algún momento llega a estar en un cargo directivo, primero en el pregrado nunca recibieron planificación estratégica, es decir no conoce ni siquiera lo que es un árbol de problemas, una matriz de marco lógico, no conocen absolutamente nada de herramientas, entonces la debilidad que se tiene la mayor, más allá de que exista la iniciativa, es el hecho de que la gente no sabe planificar, no saben planificar ni sus vidas peor aún su trabajo, entonces eso es gran problema al momento de lanzar nuevas estrategias” (Entrevista UIO 006).

Un punto importante destacado en este nivel es la creencia de la existencia de una organización social jerárquica en los cantones de la amazonia ecuatoriana, por lo que se facilitaría la implementación de intervenciones en esta zona. Al respecto, el siguiente fragmento:

“En la Amazonia existe hasta cierto punto un patrón en donde tú tienes una organización social, una organización política, una organización cultural, que tienes donde caminar, entonces para mí es más fácil trabajar en la Amazonia, porque hasta cierto punto, también la gente, tiende a seguir o tiende a guiarse en base a una política, dada por un actor político social cultural” (UIO 007).

Adicionalmente, el nivel central también hay consciencia de las dificultades que acarrea el cantón Taisha a causa del acceso geográfico, dispersión de la población, carencia de servicios básicos entre estas: alto costes de movilización, dificultad en el manejo de registro y reporte de información, infraestructura deficiente, etc.

En resumen, este constructo a nivel central presenta una influencia mixta (+/-) para la integración de la QP.

5.2.3.2 Constructo Clima de Implementación

Este constructo se define como la capacidad de acogimiento de la intervención, la receptividad de los individuos involucrados en la estrategia de integración de la desparasitación y la medida en que el uso de ésta será adoptada, recompensada, y apoyada dentro de la organización. Este constructo se compone de sub-constructos, que para este estudio se seleccionaron 3: Tensión para el cambio, compatibilidad, objetivos y comentarios.

De este modo, a nivel local, refiriéndonos a la receptividad de los individuos que se involucran en la estrategia, se percibe que el personal

encargado de implementar esta estrategia, en el caso del Ministerio de SP, el equipo de atención integral de salud en un inicio, serían reacios a la integración de la desparasitación, a causa de que se les estaría imponiendo más trabajo por el mismo sueldo, condición clave a considerar previo a la implementación. Por consiguiente, se considera este constructo como una barrera (influencia -), a nivel local para la integración de la QP.

Por otro lado, a nivel zonal se percibe que también existiría cierta resistencia por parte del personal del MSP para la integración, no obstante, también se menciona que se debería sensibilizar al personal previo a la implementación de la integración de la QP para lograr un compromiso serio de trabajo, dadas las condiciones ya mencionadas del cantón Taisha. Valga como ejemplo el siguiente relato:

"Yo te podría recomendar, que necesitas un talento humano eh, realmente comprometido como debe ser, pero aquí tiene, un trasfondo más grande tiene que ser verdaderamente comprometido. Todo el mundo llega con toda la emoción de conocer Taisha, pero al tercer día quiere irse y eso te va a perjudicar terriblemente, necesitas personal comprometido y más que nada necesitas personal que tenga las características de poder modificar y de llegar a la gente, tienes que comprender también como es la dinámica de la población, para que todo salga bien" (Entrevista CUE 003).

Por lo antes mencionado, a nivel zonal, este constructo se evidencia como una barrera (influencia -) para la integración de la desparasitación.

Por último, a nivel central se tiene la percepción de que es un momento ideal para la integración de la desparasitación, puesto que en el contexto político que actualmente ha patrocinado el Gobierno Nacional al implementar políticas regresivas en términos de reducción de presupuesto a los sectores salud y educación, lo que ha hecho que la ciudadanía no evidencie resultados visibles en el tema de salud, por lo que la integración exitosa de la desparasitación fácilmente puede ser tomada como ejemplo de trabajo estatal, tal como se refiere a continuación:

"Hay una cosa super real, antes tenías un montón de cosas que se estaban produciendo, donde tratar de entrar con un proyecto como este (integración de la QP), como una noticia dentro del gobierno era súper difícil, te digo había inauguraciones de centros de salud, inauguraciones de hospitales, era lo que estaba en primera plana al momento de

presentación del presidente. Al momento que tú tienes un gobierno que no tiene resultados, y que no te presenta nada y que no tiene nada, es facilito escalar rápido con un tema como estos para estar en primera plana de los reportes del gobierno, o sea eso esta coyuntura te da para que rapidito puedas llegar a ser noticia, eso es sumamente claro”
(Entrevista UIO 007).

Por todo esto, a nivel central el constructo clima para la implementación se presenta como un facilitador (influencia +) para la implementación de la integración de la QP para el control de las HTS.

5.2.3.2.1 Sub-constructo Tensión para el cambio

Se define como el grado en que las partes interesadas perciben la situación actual de la desparasitación como intolerable o que necesita un cambio.

A nivel local, se menciona que es de suma importancia integrar las actividades de desparasitación, por las repercusiones que las HTS producen en el estado de salud de los infantes del cantón Taisha, puesto que las enfermedades parasitarias están encabezando el perfil epidemiológico del cantón; sin embargo, la desparasitación se realiza de manera aislada y con un deficiente seguimiento de los infantes para el cumplimiento de las rondas de desparasitación necesarias. Por consiguiente, en este nivel, el constructo tensión para el cambio se presenta como un facilitador (influencia +), puesto que se percibe que al integrar la desparasitación podrían tener un mejor registro de los beneficiarios y la capacidad de llegar a la mayor población objetivo posible, ya que la desparasitación actualmente se oferta de manera individual y no de forma masiva.

Por otra parte, a nivel zonal, se manifiesta que a las HTS no se les ha tomado con la seriedad del caso, por lo que es necesario que el sistema de salud de respuesta a esa problemática. Se menciona que las actividades integradas de desparasitación son necesarias debido a que han funcionado en otros países, brindan la posibilidad de medir el impacto, es factible realizarlas y tienen adecuada relación costo-beneficio asociada:

"Es necesario y es posible integrar la desparasitación, ha dado resultado en otros países y pues que también se puede medir el impacto de ésta, de la estrategia también creo que es costo beneficioso, también nos da probabilidades, de sostenibilidad, es factible realizarlo, ya tienes de una estructura, un andamiaje listo eso por un lado y obviamente la

implementación de entrada va a mejorar la calidad de vida de los niños”
(Entrevista CUE 003).

Por lo anterior, a nivel zonal este constructo se presenta como un facilitador (influencia +) para la integración de la QP para el control de las HTS.

Por último, el nivel central también menciona la prioridad de integrar las actividades de desparasitación como una acción preventiva, ya que de esta forma se lograría tener un mayor acceso a la población y asegurar una mayor cobertura de desparasitación, por esta razón, el constructo tensión para el cambio se evidencia como un facilitador (influencia +) para la integración de la QP. Adicionalmente, se manifiestan las consecuencias que producen los parásitos en los infantes. Al respecto, el siguiente fragmento de la entrevista:

“Claro está asociada a otras comorbilidades y de eso depende inclusive el desarrollo en los niños, entonces si el país quiere tener una población que aporten a la comunidad pues debería de abordar estas parasitosis sobre todo por la afectación en el desarrollo físico e intelectual que eso conlleva, y que al ser tratadas mejoraríamos inclusive el futuro de la patria con personas que aporten de una manera diferente al país, pero eso sí ya no como se trataba antes, con campañas de desparasitación aisladas y sin registro adecuado, sino de una manera integrada donde se puede llevar un control de la población desparasitada”
(Entrevista UIO 008).

5.2.3.2.2 Sub-constructo Compatibilidad

Se define como el grado en que las actividades integradas de desparasitación se ajustan a los flujos y sistemas de trabajo existentes.

De este modo, a nivel local, se piensa que cualquier programa (PIANE o ENI u otros) que sea ofertado por Ministerio de SP a este nivel es compatible con la integración de la QP, debido a que las prestaciones preventivas y curativas que oferta el MSP son realizadas por el equipo de atención integral en salud, que cuando realiza actividades extramurales ofrecen todas las prestaciones posibles a todos los grupos etarios existentes en las comunidad; en consecuencia, la desparasitación sería como ampliar una prestación adicional de servicios de salud por parte del EAIS. No obstante, se menciona que se debe crear una herramienta adecuada que permita la recolección de información de los beneficiarios que facilite el trabajo en campo, además de un indicador para medir los

resultados de la estrategia. Al respecto, el siguiente fragmento de entrevista:

"Y entonces cuando el EAIS realiza brigadas de salud, van por todas las patologías de toda esa comunidad, pero no solamente van los adultos, van las mamás, van los niños y aprovechan vacunándoles, si por ahí hay alguien requiere planificación familiar aprovecha también lo hacen, atienden a los enfermos, hacen de todo, por eso te digo que la desparasitación solo sería una actividad más dentro todo el paquete de atenciones" (Entrevista TSC 002).

Por lo anterior, el sub-constructo compatibilidad es valorado como un facilitador (influencia +) para la integración de la desparasitación en el nivel local.

Por otro lado, en el nivel zonal, se cree que la integración de la desparasitación es compatible con todos los procesos que se realizan en la ENI, más no con el PIANE, esto por la percepción de que la integración a la ENI favorecería la continuidad en cuanto al seguimiento que se les debe dar a los niños para el cumplimiento de las rondas de desparasitación y que se puede anexar al esquema de vacunación vigente. Se menciona, además, que la ENI cuenta con personal y tiene apoyo internacional por parte de OPS. No obstante, se menciona también el registro y reporte de la información como un punto a considerar, pues esto podría entrar en conflicto con el flujo de información que actualmente maneja la ENI, por lo que recomiendan que para el manejo de la información propia de las actividades integradas de desparasitación exista un responsable. Por consiguiente, se considera a este constructo como un facilitador (influencia +) a este nivel para la integración de la QP.

Por último, en el nivel central se manifiesta que todos los programas que oferta el sistema nacional de salud a través del Ministerio de SP están basados en un modelo de atención integral en salud, acontecimiento que favorecería la integración de las actividades de desparasitación a estos programas, tal como se refiere a continuación:

"Integrar la desparasitación a un programa se podría realizar, o sea es muy factible, el único punto en contra que veo sería la carga laboral que conlleva esto pues. Se le puede hacer sí, realmente dentro del modelo de atención integral de salud se habla de intervenciones integrales entonces, realmente el modelo especifica de que nosotros no vamos por solo enfermedades crónicas, por enfermedades transmisibles o por visitas a personal con discapacidad, sino de un enfoque integral donde se incluyan todos los determinantes de la salud" (Entrevista UIO 006).

En consecuencia, a nivel central el sub-constructo compatibilidad, se evidencia como un facilitador (influencia +) para la integración de la QP para el control de las HTS.

5.2.3.2.3 Sub-constructo Objetivos y retroalimentación

Este sub-constructo, se define como el grado en que las metas se comunican, actúan y retroalimentan claramente al personal y la alineación de esa retroalimentación con las metas establecidas.

En el nivel local se menciona que los objetivos y las metas de los programas que son ejecutados por el Ministerio de SP, se establecen en el nivel central tomando como base la proyección poblacional calculada para cada año en el cantón Taisha; sin embargo, se manifiesta que el cumplimiento a cabalidad de estas metas están supeditadas a la disponibilidad de recursos financieros, los cuales sirven, principalmente, para la planificación de brigadas médicas y para conseguir visitar por lo menos 2 veces al año cada una de las 189 comunidades que conforman dicho cantón. Además, existe la percepción de que las metas planteadas en los niveles superiores son ambiciosas y muchas veces imposibles de cumplir, debido a que no se considera todas las particularidades que se presentan en la amazonía ecuatoriana. Al respecto, se presenta el siguiente fragmento:

"Nosotros las metas no las trazamos, es más ya vienen trazadas desde el nivel central, ya tienen años trabajando de esa manera, nosotros trabajamos con una población anual proyectada que ellos mismo nos envían para cada uno de los programas. No estoy tan, tan consiente de las metas, pero en algunos programas son bastantes y muchas veces difíciles de cumplir, o sea el difícil acceso que tenemos aquí, dificulta todo, también el dinero que nos asignen"
(Entrevista TSC 002).

Por lo anterior, este constructo se evidencia como una barrera (influencia -) para la integración de las actividades de desparasitación en el nivel local.

Por otro lado, en el nivel zonal se explica que únicamente ejercen una función de intermediario para transmitir las objetivos, metas de los diferentes programas ofrecidos por el MSP, además de supervisar el cumplimiento de éstas en el nivel local, no obstante, no están de acuerdo en la forma como se calculan las metas en el nivel central, debido a que para el cálculo toman como base las proyecciones poblacionales del

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, muchas de las cuales no corresponden a la realidad, valga como ejemplo la siguiente afirmación:

"Claro, esto de la población es bien complicado, Doc, y es un reclamo permanente al nivel central, no tienen claro cómo sacan las poblaciones. Una vez cuando estuvimos en capacitación allá en Quito, por el tema de muerte materna ellos no sabían, yo les dije "oiga, pero ayúdenme" nosotros estamos en estos programas, por ejemplo, en vacunación siempre las coberturas son muy bajas o exceden el 200% y dicen nosotros hacemos por proyecciones pero realmente no sabemos cómo se sacan esas proyecciones, entonces ahí sí hay una deficiencia bien grande en la parte de manejo y reporte de la información, no podemos saber si se están cumpliendo o no las metas" (Entrevista CUE 004).

En definitiva, a nivel zonal, este constructo se presenta como una barrera (influencia -) para la integración de la QP para el control de las HTS.

Finalmente, en el nivel central expresa que el cálculo de las metas en los programas que se enfocan en los infantes es realizado bajo estándares internacionales, adaptándose a los compromisos regionales para alcanzar metas de eliminación, erradicación o prevención y control de determinada enfermedad. Para este fin se cotejan los registros del control del niño sano con las coberturas de vacunación, cumplimiento del esquema de vacunación y los reportes del sistema de vigilancia epidemiológica. Sin embargo, cuando entra en discusión el tema de las HTS, manifiestan que actualmente no tienen conocimiento de cómo es el panorama actual de esta enfermedad, se preguntan, además, cuáles serían las mejores metas e indicadores que se podrían plantear para evaluar la estrategia de integración de la QP y si en realidad se puede controlar a estas parasitosis únicamente con la desparasitación, puesto que como Ministerio de SP no logran abordar ciertos determinantes de la salud como, por ejemplo, el acceso a agua segura. Por consiguiente, en este nivel se considera que el constructo presenta una influencia mixta (+/-) para la integración de la QP.

5.2.3.3 Constructo Preparación para la implementación

Este constructo presenta indicadores tangibles e inmediatos del compromiso de la organización de la decisión de implementar las actividades integradas de desparasitación. Consta de 3 sub-constructos, de los cuales únicamente se consideró al sub-constructo recursos disponibles de utilidad para esta investigación.

5.2.3.3.1 Sub-constructo Recursos disponibles

Este sub-constructo se define como el nivel de recursos (físicos, económicos, humanos y temporales) dedicados a la implementación de la integración de la QP.

De este modo, en el nivel local se expresa que, al momento, el Ministerio de SP cuenta con personal de salud necesario (médicos, enfermeras, técnicos de atención primaria en salud, odontólogos, auxiliares de enfermería, entre otros), para ejecutar la integración de la QP, quienes a criterio de los entrevistados tienden a ser muy responsables y comprometidos con el trabajo que se les ha encomendado.

Además, se menciona que, si se lograra articular el trabajo intersectorial para la integración, se podría contar con la participación del personal de apoyo familiar del MIES que son aproximadamente 80 personas distribuidas por todo el cantón, y también con los profesores responsables de las escuelas unidocentes que se encuentran en las zonas más alejadas del cantón.

Siguiendo en la misma línea, se menciona que en el 70% de las comunidades del cantón se han formado a promotores de salud comunitarios, quienes podrían ser capacitados para implementar las actividades integradas de desparasitación en sus comunidades.

En lo concerniente a los recursos económicos, afirman que todo el financiamiento para todos los programas es otorgado por el nivel central del MSP; expresan que el nivel local no tiene injerencia en la obtención de estos recursos por lo que se tiene que acoplar a la existencia de éstos, condición que muchas veces es insuficiente para lograr cumplir todas las responsabilidades asignadas a este nivel.

Por otro lado, se percibe que a nivel local existen las condiciones de infraestructura física, ya que cuentan con 18 establecimientos de salud ubicados en las comunidades con mayor afluencia de población y que forman parte de la red pública de salud; cada establecimiento cuenta con un espacio asignado para farmacia donde se podrían almacenar los antiparasitarios:

"Los medicamentos siempre han tenido un lugar en cada establecimiento exclusivo para farmacia y como son medicamentos [Albendazol] que no requieren una temperatura específica, como las vacunas pues sí está el espacio, sí" (Entrevista TSC 002).

Cuentan además con computadores y servicio de internet, en la mayoría de los establecimientos, pero el uso de estas tecnologías está sujeto a la disponibilidad de energía eléctrica. Este servicio básico se obtiene por medio de paneles solares, por consiguiente, las condiciones climáticas también influyen en la disponibilidad de estos recursos. Por lo tanto, a este nivel se evidencia que existen recursos que pueden servir de base para implementar las actividades de desparasitación, razón por la cual este sub-constructo se presenta como un facilitador (influencia +) para lograr la integración.

Por otra parte, el nivel zonal manifiesta también que los recursos económicos para los programas que maneja el Ministerio de SP llegan directamente desde el nivel central; los niveles zonal y local no tienen influencia en el cálculo y distribución de estos recursos:

"A nivel zonal todo el financiamiento proviene desde arriba, todo está sujeto obviamente al presupuesto que se otorga desde nivel central eh, como ustedes saben eso es pues centralizado todavía, nosotros no contamos, con recursos propios para esto, lo único que hacemos generalmente es solicitar. Pero en cuanto a esto, este último año pues ni para campañas de vacunación ni para nada más nos dieron ni un solo centavo" (Entrevista CUE 004).

En lo referente a recursos personales, el nivel zonal manifiesta que existe una brecha de personal a este nivel, por lo que no se ha logrado cumplir con todas las funciones encomendadas, que principalmente se basan en consolidación y reporte de información hacia el nivel central y supervisión de los procesos, avances y cumplimiento de metas de los programas implementados en el nivel local.

Por otro lado, existe preocupación por la culminación de los contratos de los TAP's que prestan sus servicios a nivel nacional; se percibe que esto sería un retroceso para todos los programas que se trabaja directamente con la comunidad, además de que se consideran actores clave para el proceso de implementación de la integración de la QP. Al respecto se menciona lo siguiente:

"Inclusive si les sacan [despiden] a los TAP's, se acaban muchas cosas porque ellos son el vínculo que tenemos con la comunidad; ellos en la amazonía son importantísimos, ellos son los que tendrían la capacidad de caminar días yendo una escuelita por escuelita, yo no conozco un médico que vaya a caminar días en la selva, ni nosotros que hemos pasado ahí, o sea uno está para estar ahí 2 a 3 días, máximo una

semana como lo hacen en las brigadas médicas, pero más tiempo no creo” (Entrevista CUE 006).

Complementariamente, en este nivel también se percibe que existe la infraestructura necesaria en el cantón Taisha, para la implementación de la integración de las actividades de desparasitación.

En definitiva, a este nivel el constructo recursos disponibles presenta una influencia mixta (+/-) para la integración de la QP.

Para finalizar, en el nivel central también se percibe que en el nivel local existe la infraestructura necesaria para la integración de la QP, no obstante, su mayor preocupación radica en el personal de salud, ya que actualmente a nivel nacional se han despedido a miles de servidores públicos por causa de la recesión económica que sufre el país. Al respecto, se menciona lo siguiente:

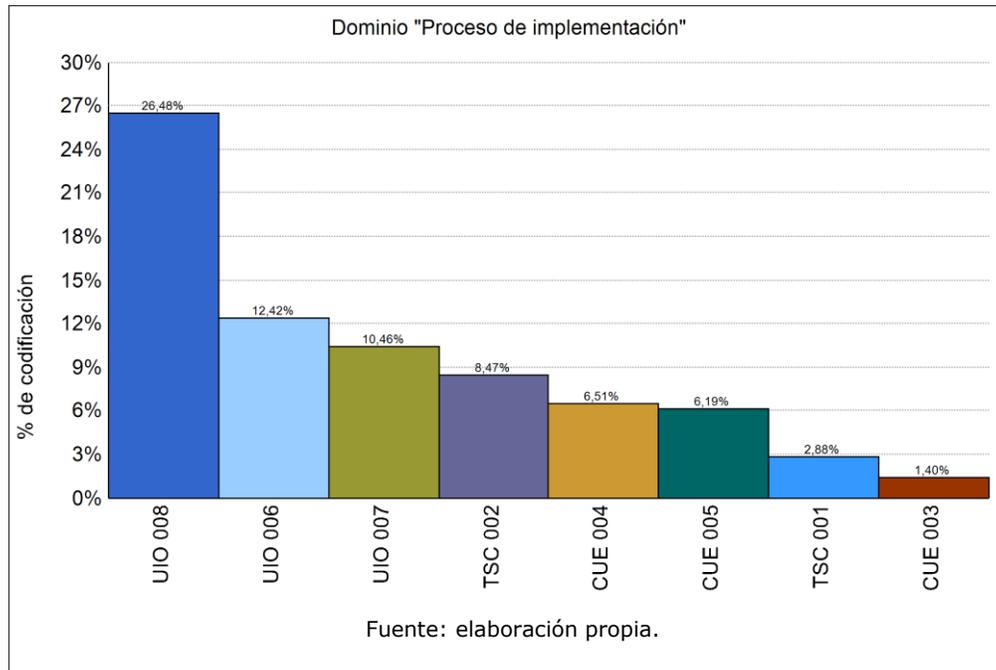
“Actualmente se tiene un personal súper reducido eh, no solo en el nivel central sino en, en el nivel zonal, nivel local y los establecimientos de salud también tienen poco personal; súper complicado actualmente como está el MSP, yo creería que está funcionando a un 40% de la capacidad que debería; no sabemos por lo menos este año con cuánto personal nos vamos a quedar, esa es la mayor limitante que yo veo” (Entrevista UIO 008).

Por lo anterior, a nivel central, el constructo recursos disponibles, presenta una influencia mixta (+/-) para la integración de la desparasitación a los programas de SP.

5.2.4 Dominio “Proceso de implementación”

En este dominio se consideran todas las acciones interrelacionadas cuyo objetivo final es que la integración de la QP para el control de las HTS sea implementada efectivamente, desde su planificación, ejecución y evaluación, junto con el involucramiento de los líderes en el proceso de implementación.

Gráfico 7. Porcentaje de codificación por entrevista en el Dominio "Proceso de implementación"



El gráfico 7 demuestra que el mayor porcentaje de referencias codificadas en los constructos asociados a este dominio pertenece a las entrevistas realizadas en el nivel central, seguidas del nivel zonal y el nivel local respectivamente.

5.2.4.1 Constructo Partes interesadas clave

Este constructo se define como las partes interesadas clave que se ven directamente involucrados en la integración de las actividades de desparasitación y cuál es su papel en la implementación.

Al respecto, en el nivel local se cree que las instituciones clave para la implementación de la integración serían:

1. La alcaldía y sus secretarías, quienes serían los responsables de la sensibilización de la población y socialización de los beneficios de la integración de la QP en los infantes a corto, mediano y largo plazo. No obstante, manifiestan no tener apoyo de la alcaldía para acciones de SP.
2. El Ministerio de SP, Ministerio de Inclusión Económica y Social y el Ministerio de Educación; instituciones que cuentan con personal que puede apoyar en la implementación de la estrategia, además de

acciones de promoción y prevención que se cree que necesariamente deben acompañar a la desparasitación.

3. La propia población de las etnias Shuar y Achuar, que habitan el cantón Taisha, ya que se considera de vital importancia la opinión de la comunidad para lograr romper las barreras del idioma, de la cultura, de la concepción del proceso salud-enfermedad, y del concepto que tienen respecto a la atención médica, considerando la preferencia de estas poblaciones de acudir al curandero de su comunidad, antes que a los servicios de salud estatales.
4. Los líderes de cada comunidad, quienes facilitan el acceso a las comunidades con mayor confiabilidad, dada la estructura organizacional jerárquica de estas poblaciones, donde lo que ordena el líder se cumple por toda la comunidad, sin objeción alguna.

A todo esto, cabe resaltar el interés del nivel local del Ministerio de SP para lograr implementar esta estrategia y el compromiso de esta institución con la salud de todos los habitantes del cantón, por consiguiente, al existir diversos actores que podrían apoyar la integración de las actividades de desparasitación, se considera que en este nivel el constructo partes interesadas clave se presenta como un facilitador (influencia +) para lograr ese fin.

Por otra parte, en el nivel zonal se consideran los siguientes actores clave, con quienes se debería realizar procesos de abogacía para lograr el apoyo para la integración de la desparasitación:

1. Gobiernos provinciales, alcaldías; quienes están interesados en conquistar el afecto de los habitantes del cantón, para la obtención de un mayor número de votantes, con miras a ser reelegidos en las próximas elecciones locales.
2. Similar al nivel local, se cree que deben participar el MSP, MIES y Ministerio de Educación; instituciones con las que se podría organizar una red de trabajo para lograr cubrir la mayor población objetivo posible.
3. Organizaciones de la nacionalidad Shuar: NASHE (Nación Shuar del Ecuador), FISCH (Federación Interprovincial de Centros Shuar); y de la nacionalidad Achuar: NAE (Nación Achuar del Ecuador), actores que el nivel zonal consideran fundamentales para la construcción y ejecución de la integración, a su parecer la integración de las actividades de desparasitación marcharía mejor si se consideran la participación de estos actores.
4. Líderes comunitarios, Chamanes, como actores que facilitarían la socialización de la importancia de la desparasitación y del sostenimiento y consolidación de esta estrategia en el tiempo para

lograr el control de esta enfermedad que tanto daño produce a sus niños y adolescentes.

5. Organizaciones como la Asociación de Municipalidades del Ecuador y Organizaciones no gubernamentales, que tienen presencia en la Amazonía ecuatoriana, quienes se creen que podrían aportar económicamente para la implementación de la estrategia.
6. Los microscopistas de la red de laboratorios de malaria que existen en el cantón Taisha, quienes tienen un posicionamiento privilegiado dentro de la comunidad, por ser quienes diagnostican y tratan esta enfermedad, facultad que les ha otorgado respeto como promotores de salud en sus comunidades.
7. Por último, se menciona a la academia, que por medio de los proyectos de vinculación con la sociedad que por normativa se deben realizar por las universidades, podrían apoyar la estrategia de integración de la QP.

Por lo antes mencionado, se valora este constructo como un facilitador (influencia +) para la integración de la QP a nivel zonal.

Para finalizar, a nivel central se mencionan los mismos actores que los niveles inferiores; sin embargo, se enfatiza en el trabajo articulado con los movimientos indígenas que existen en el país; valga como ejemplo el siguiente fragmento de entrevista:

"Tienes movimientos indígenas súper fuertes, tienes Pachakutik, adentro bastante fuerte, tienes otro tipo de estructuras sociales que son de las culturas realmente (la NAE, la NASHE, la FISCH). Ellos son espacios importantes que tienen peso; el momento que ingresas a esas comunidades, tienes una estructura, inclusive que se organiza mucho más rápido que cualquier otra estructura en cualquier otra provincia. Los movimientos indígenas, mueven masas, desde una movilización, una paralización, como lo último que pasó, hasta para poder hacer una festividad, o para poder hacer todo este tema de la desparasitación" (Entrevista CUE 005).

No obstante, se percibe que no se han logrado aprovechar estas estructuras en temas de salud, al contrario, lo que se ha hecho es utilizarlos al momento que uno requiere. Entonces, esto no se considera una utilidad aceptable de las estructuras, puesto que se les convoca a las reuniones por parte del sector salud para exponerles lo que ya está decidido, cuando ellos podrían ser participantes activos en la construcción e implementación de las intervenciones de SP. En definitiva, a nivel central, el constructo recursos disponibles, se evidencia como un facilitador (influencia +) para la integración de la QP.

5.2.5 Dominio “Características de los individuos”

Este dominio abarca las características personales de los participantes de la estrategia de integración de las actividades de desparasitación.

5.2.5.1 Constructo Percepción de autoeficacia

Este constructo se define como la creencia individual en sus propias capacidades para ejecutar cursos de acción para lograr el objetivo de implementar la integración de la QP a los programas de SP, para el control de las HTS.

Para empezar, al momento de realizar la entrevista a nivel local se tiene la percepción de que la integración se implementará en un 70%, debido a que se cree que sería ejecutada únicamente por el Ministerio de SP, además de la posible resistencia del personal de salud por consecuencia del aumento en la carga laboral que implicaría la implementación de esta estrategia.

No obstante, si se logra articular el trabajo intersectorial conjunto entre el Ministerio de Inclusión Económica y Social y el Ministerio de Educación, se divisa a mediano plazo que la integración de la desparasitación marcharía a un 100%. Al respecto el siguiente fragmento:

“Yo creo que anexando todo el resto de las cosas eh, unos 2 o 3 años anexando todo personal rural del MSP, el personal del MIES, los profesores, que todos nos apoyen eh, junto con todas las cosas que nosotros tenemos, más presupuesto y todo, yo creo que unos 2 o 3 años se lograría un 100% de lo que queremos implementar” (Entrevista TSC 001).

Por este motivo, se valora que existe una percepción de que sí se pueden implementar las actividades integradas de desparasitación, razón por la cual se valora a este constructo como facilitador (influencia +) en el nivel local.

Por otra parte, en el nivel zonal se percibe que la estrategia es viable y existen todas las condiciones necesarias para que esta estrategia funcione en el catón Taisha, no obstante, reiteran la importancia de tomar en cuenta la articulación con otras instituciones que prestan sus servicios en el cantón que se enfocan en el grupo etario objetivo para la estrategia de integración; como también las condiciones geográficas que dificultan el acceso a comunidades.

En este nivel también se percibe que la estrategia de integración es viable y se puede agenciar en el cantón Taisha, de manera que este constructo se presenta como un facilitador (influencia +) para lograr implementar las actividades integradas de desparasitación.

Para terminar, en el nivel central existen opiniones divididas entre los entrevistados, se cree que funcionaría en un 60%, si la implementación de las actividades integradas de desparasitación se las aborda con un enfoque intersectorial, donde se logre contar con el personal de otras instituciones que pueda apoyar la estrategia, dado que el MSP no tiene conocimiento del personal con el que puede contar para esta actividad, debido a los despidos de funcionarios que se están efectuando en todos los niveles.

Otra postura en este nivel menciona que es muy importante la articulación interna entre las dependencias que conforman el nivel central del MSP, y cómo éstas coordinarían la ejecución de la integración de la QP, esto a razón de la existencia de una experiencia negativa con la QP en otras enfermedades infecciosas asociadas a la pobreza. Valga como ejemplo la siguiente afirmación:

"Depende mucho el compromiso político y de cómo se les oferta a las subsecretarías, a las direcciones, a los niveles inferiores el tema de los geohelminthos. Tenemos una experiencia negativa sobre un estudio realizado por, por la Dirección de Normatización, en la que cuando se quiso implementar esta estrategia de quimioprofilaxis preventiva estaban en la negativa porque decían que causaba resistencia a los medicamentos, entonces nosotros les indicamos que sin estas estrategias de quimioprofilaxis preventiva no se hubiesen eliminado algunas enfermedades" (Entrevista UIO 007).

Por la antes mencionado, a nivel central el constructo percepción de autoeficacia presenta una influencia mixta (+/-) para la integración de las actividades de desparasitación.

5.2.5.2 Constructo Conocimientos y creencias sobre la estrategia

Este constructo se define como las actitudes y valores de las personas hacia las actividades integradas de desparasitación, así como a la familiaridad con los hechos, verdades y principios relacionados a la desparasitación.

Para responder este constructo en el nivel local se consideraron las opiniones recolectadas en los grupos focales con: 1. Acudientes, 2. Profesores, 3. Técnicos de Atención Primaria de Salud.

1. Acudientes

Los padres y madres de familia que participaron en uno de los grupos focales manifiestan tener conocimiento de la existencia de las parasitosis en los niños, mencionan que los llaman "*bichos*" o "*lampish*" en la lengua Shuar, y que se percatan cuando un infante está infestado por que el estómago tiene forma de una pelota, la presencia de parásitos en las heces, inclusive mencionan que los han visto emerger por las fosas nasales, cavidad bucal o por los globos oculares. Además, expresan que los niños disminuyen la ingesta de alimentos y desean dulces en todo momento; parecen cansados todo el día y que a futuro pueden sufrir de desnutrición, padecer anemia y que los infantes pueden tener retrasos en el crecimiento si no se los trata oportunamente.

Al momento de indagar las posibles causas del porqué se infestan de parásitos, los participantes mencionan varias causas: alimentarse con las manos sucias, presencia de tierra en las uñas, consumo de agua no tratada, no obstante, las madres refieren que los alimentos los preparan procurando la mayor limpieza posible.

Al indagar a los acudientes respecto al tratamiento que les dan a los niños con parásitos, se manifiesta que antiguamente sus progenitores los trataban con pepas de papaya para que expulsaran los parásitos; sin embargo, en la actualidad prefieren el uso de medicamentos, ya que les parecen más efectivos. Siguiendo en la misma línea, muchos participantes refieren conocer el antiparasitario que utilizan los médicos, mencionando al metronidazol y albendazol, que según su experiencia se les debería ofrecer cada 6 meses. Sin embargo, muchos padres mencionan que personalmente se encargan de brindarle el medicamento cada 2 o 3 (automedicado) meses, puesto que perciben que los niños se perciben más "bonitos y gorditos", condición que se considera favorable para ellos.

Por otro lado, cuando se pregunta su opinión respecto a la integración de las actividades de desparasitación, manifiestan que por lo general en las brigadas médicas el personal de salud receta antiparasitarios a los infantes. Sin embargo, manifiestan su descontento con relación a que a las comunidades más alejadas no siempre llegan las brigadas, por lo que se percibe que muchos niños no son tratados. Al respecto, se menciona como alternativa de su agrado que los profesores sean los encargados de suministrar este medicamento en las escuelas, debido a que ellos viven en las comunidades, conocen a todos los niños y viajan una vez cada

trimestre a la cabecera cantonal, lo que favorecería la disponibilidad del medicamento en la comunidad.

2. Profesores

Del mismo modo, los profesores participantes en un grupo focal manifiestan tener conocimiento de la existencia de los parásitos, también los llaman "*bichos o lampish*" y perciben que un infante tiene parásitos cuando éste presenta con una condición física delgada y con el estómago con forma de balón, tienen preferencia por alimentarse con carne, comen muchos dulces y se observa una coloración blanquecina amarillenta en la mucosa oral de estos niños, por lo que consideran que tiene anemia, se los avista pálidos, con un cansancio constante, inclusive mencionan el acto de rascarse la cabeza constantemente.

Al preguntarles la causa de la infección por geohelminthos, mencionan varios asuntos, entre éstos: agua de consumo humano contaminada, consumo de alimentos sin un lavado de manos previo, alimentos mal lavados y contaminados. Sin embargo, el no uso de calzado no es considerado como posible causa para la infección por parásitos:

"Yo no creo, nosotros hemos estado sin zapatos, yo he estado sin zapatos 16 años, y no me ha pasado nada" (Grupo focal 003).

Con relación al tratamiento utilizado para los parásitos, manifiestan que sus progenitores empleaban un extracto de leche con pepas de papaya trituradas cada 3 meses, tratamiento de uso natural que todos los participantes admitieron haber consumido y validan su eficacia en la expulsión de parásitos por las heces.

Con respecto al tratamiento farmacológico se recalca el uso del Albendazol y Pirantel y otro medicamento que nombran como "*padrax*", medicamento que se compone principalmente de Piperazina, el cual se percibe como un vermífugo eficaz para las parasitosis. Siguiendo en la misma línea, al indagarles respecto a la frecuencia de administración de estos medicamentos mencionan que, al ser medicamentos de venta libre en las farmacias de la cabecera cantonal, posibilitan el tratamiento en un intervalo de 3 meses por la percepción de que los niños se infectan muy rápidamente. Inclusive, un profesor en su rol de padre afirma que desparasita a sus hijos 1 vez al mes; en su experiencia afirma que su hija de 4 años le ha manifestado que no desea salir a jugar, a consecuencia de la salida inadvertida de parásitos por el ano, condición que ha generado burlas y estigmatización por parte de sus amigos de juego.

En lo concerniente a las medidas preventivas que emplean con sus estudiantes mencionan las siguientes: revisarles la presencia de tierra en las uñas y fomentar el corte de estas, recomiendan a los acudientes hervir el agua previa al consumo, lavado de manos y aseo del hogar y personal en general. Los maestros manifiestan que contribuyen significativamente a promover el autocuidado en sus alumnos, principalmente en la escuela, ya que, a su criterio, es el segundo hogar de los niños, por lo que sienten la corresponsabilidad de fomentar ciertos valores de disciplina y responsabilidad en los infantes.

Con relación a las actividades integradas de desparasitación, se menciona un descuido por parte del nivel local del MSP, debido a que se ha dejado de lado la desparasitación en las escuelas, manifestando su descontento por el abandono por parte de los servicios de salud estatales a las instituciones de educación del cantón. Al momento de investigar su posición con relación a su participación en la desparasitación de sus alumnos, manifiestan que sí les interesa y desean participar activamente, inclusive que en años atrás (1995) ellos lo hacían cuando existían los botiquines escolares; sin embargo, creen muy necesario una capacitación previa que certifique que están en la capacidad de ejecutar esta actividad y la dotación del medicamento, especialmente en las zonas más alejadas, donde no existen establecimientos de salud. Además, manifiestan su capacidad para apoyar acciones de promoción y prevención de otras enfermedades, entre estas VIH-SIDA.

3. Técnicos de Atención Primaria de Salud

Los TAP's que participaron en el grupo focal tienen un mayor conocimiento de las parasitosis en comparación con los profesores y acudientes; manifiestan conocer el origen de estos "*bichos, lampish o amebas*", calificativos con los que se refieren a esta enfermedad. En lo concerniente a su percepción respecto a los posibles causales para que un infante contraiga estos parásitos manifiestan: la falta de higiene; alimentos que son lavados con agua de los ríos que a su criterio está contaminada; falta de cuidado por parte de los acudientes, lo que resulta en no uso de calzado y que los niños jueguen con tierra; falta de letrinas y defecar al aire libre.

Por otro lado, cuando se les consulta respecto a cómo identifican a un niño que tiene parásitos, enunciaron: infantes de contextura delgada con el estómago hinchado, expulsión de parásitos por la boca o ano, niños con aspecto palidecido, además indagan a los acudientes respecto al tipo de agua que consumen y el tiempo transcurrido desde la última desparasitación del niño; adicional a esto, los infantes padecen de dolores de estómago y diarreas. Al respecto el siguiente fragmento:

"Yo vi últimamente en una comunidad, delante de mí ese niño vomitó un bicho, y cuando yo lo vi también me puse a vomitar, o sea me dio tanto asco de ver que el niño sacó así, o sea es un parasito blanco largo y lo saco así y lo boto, y ya pues, pero un día antes el médico ya le había dado el Albendazol" (Grupo focal 004).

Por otra parte, cuando se refieren al tratamiento no farmacológico para las parasitosis manifiestan el uso de la pepa de la papaya en infusión con unas gotas de un árbol conocido como sangre de drago, o también las raíces de un árbol que lo llaman "Yeron"; todos los participantes de este grupo focal afirman haber consumido este tipo de tratamiento en algún momento de su vida y validan su efecto para expulsar los parásitos.

A propósito de las medidas preventivas para evitar las parasitosis, los participantes manifiestan que su actividad principal dentro de los servicios públicos de salud corresponde a acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; de este modo, cuando se realizan brigadas médicas, ellos se encargan de brindar charlas educativas a las comunidades sobre higiene personal y de los alimentos, se incentiva a los padres a fomentar el uso de calzado en los infantes, educan a la población sobre actividades para prevenir y protegerse de los mosquitos que transmiten la malaria y el dengue, por último, manifiestan que promueven hábitos de vida saludable. En ese caso, expresan tener poder de palabra y decisión sobre los habitantes de las nacionalidades Shuar y Achuar, debido a que los TAP's que trabajan en el cantón Taisha forman parte de estas poblaciones, por lo que se facilita el acceso, la comunicación y el apropiamiento del conocimiento en sus congéneres.

En lo concerniente al tratamiento farmacológico, manifiestan que el principal medicamento utilizado por los médicos en las brigadas es el albendazol y a veces el metronidazol cada 6 meses; no obstante, manifiestan que ellos no son considerados para la administración de este medicamento. Un punto para destacar manifestado por los TAP's se relaciona con la desconfianza de los acudientes respecto a la eficacia de los medicamentos facilitados por el sector público, por lo que muchos padres de familia acuden a las farmacias locales ubicadas en el centro poblado, para adquirir medicamentos como el mebendazol o levamisol, el cual es percibido como más fuerte y eficaz para los parásitos.

Finalmente, se tiene la percepción de que los servicios de salud estatales no logran cubrir con sus brigadas médicas a toda la población de niños de 1 a 14 años existentes en el cantón, por lo que perciben que con las actividades integradas de desparasitación se puede lograr ampliar esa cobertura. De este modo, los TAP's están dispuestos a colaborar

activamente en el caso de que se implemente la integración de la QP para el control de las HTS en el cantón.

Por todo lo antes mencionado, en el nivel local se evidencia que el constructo creencias y conocimientos sobre la estrategia se presenta como un facilitador (influencia +) para la integración de la QP.

Por otro lado, en el nivel zonal manifiestan que las actividades integradas de desparasitación son unas de las mejores estrategias para prevenir y controlar las HTS, considerando que en estas zonas de difícil acceso se torna complejo el accionar sobre los determinantes sociales de la salud asociados a las parasitosis, por lo que la QP se convierte en la principal intervención para mejorar la calidad de vida de los infantes del cantón Taisha. Al respecto, se presenta la siguiente afirmación:

O sea, yo pienso que la desparasitación es una de las estrategias que mayor resultado da en las poblaciones en donde pues obviamente la situación eh, sociodemográfica, los índices de pobreza son extremadamente altos y pues no se tiene esperanzas de mejorar eso a un futuro. (Entrevista 004 CUE).

Por lo anteriormente mencionado, el constructo conocimientos y creencias sobre la estrategia de integración de la desparasitación se presenta como un facilitador (influencia +) para lograr la implementación en el nivel zonal.

Para culminar con este constructo, en el nivel central, si bien se percibe que el país cuenta con las condiciones ideales para integrar la QP a los programas de SP, el tema de la desparasitación se pone en controversia puesto que no influye en los determinantes sociales asociados al parasitismo, por lo que se cree que esta intervención serviría únicamente como un paliativo a corto plazo para reducir la carga de enfermedad. De este modo, se cree que la inversión en antiparasitarios evita la formulación de políticas sostenibles que mejoren las condiciones de vida de las personas, debido a que únicamente se cura la enfermedad, pero no se les brinda los medios para prevenirla. Valga como ejemplo el siguiente fragmento:

Los países invierten muchos recursos en el tema desparasitación y que obviamente, pues eso no iba a modificar o a cambiar y que más bien es un parche en el zapato con relación a cambiar los otros determinantes, como el tema de la condición sobre todo socioeconómica y la parte de condiciones de vivienda y el tema de alimentación saludable, que son las

principales fuentes de contagio para el tema de parasitosis en algunos contextos y sobre todo en el tema de pobreza. (Entrevista UIO 006).

En consecuencia, en el nivel central el constructo conocimientos y creencias sobre la integración de las actividades de desparasitación, se evidencia como una barrera (influencia -) para lograr implementar esta estrategia.

Para finalizar, los resultados obtenidos en el objetivo 2, se presenta un resumen de los dominios, constructos y sub-constructos del Marco Consolidado para la Investigación de la Implementación, con la influencia que estos ejercen para la integración de la QP para el control de las HTS, por cada uno de los niveles de análisis:

Gráfico 8. Influencia por niveles de los constructos y sub-constructos del CFIR en la integración de la QP.

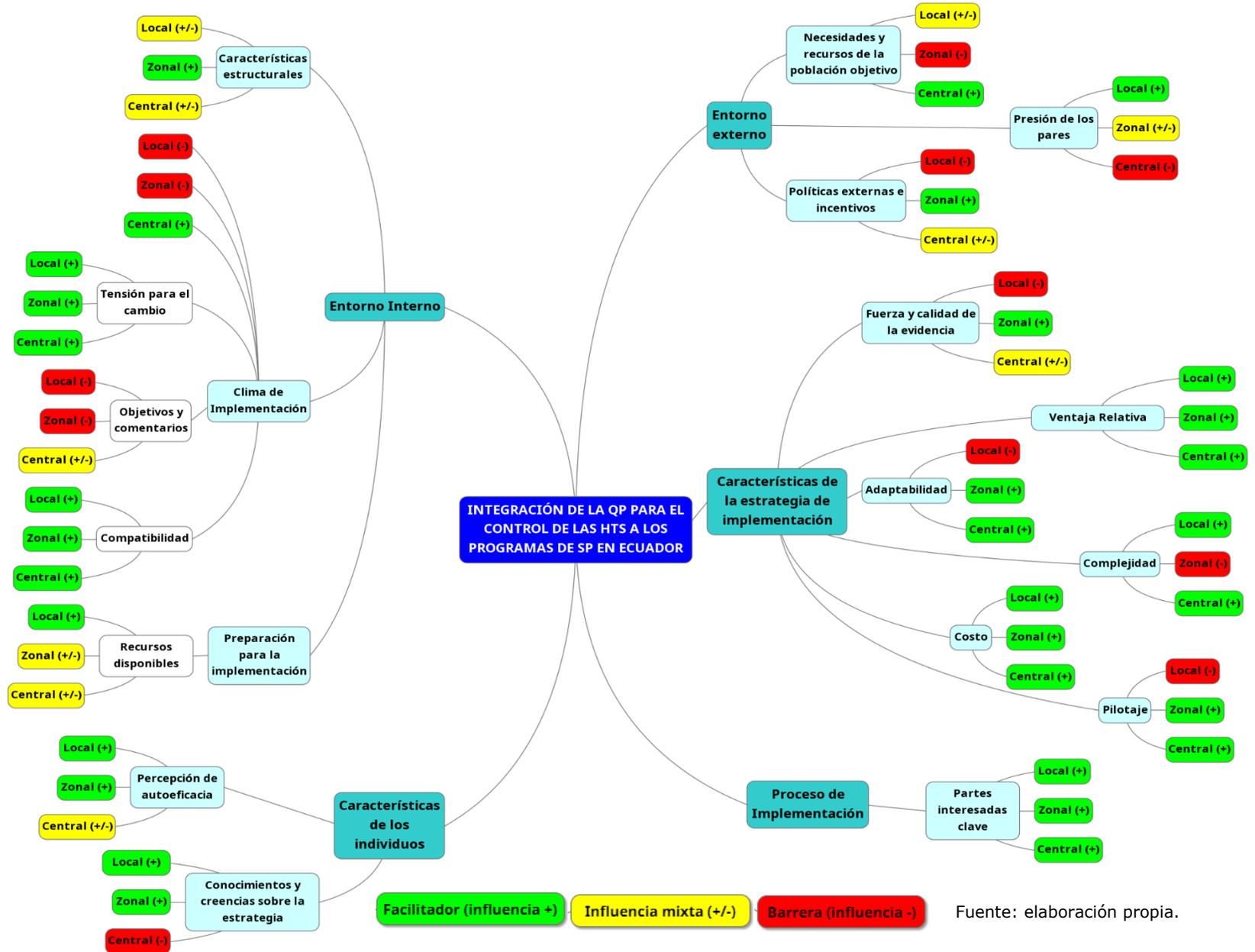


Tabla 7. Barreras y facilitadores por niveles para la integración de las actividades de desparasitación.

| Nivel | Barreras | Facilitadores |
|--------------|--|--|
| Local | <ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento de la efectividad de la QP • El PIANE está funcionando de manera parcial en el cantón Taisha, no se ha logrado implementarlo completamente. • Necesidad de un lineamiento operativo claro y conciso en el cual se especifiquen con detalle las actividades de cada uno de los Ministerios que se involucran en la implementación de la integración de la QP. Este lineamiento debe ser desarrollado en el nivel local, donde se conocen todas las particularidades que pueden influir en la implementación exitosa de esta estrategia • Intensificación de la carga laboral al personal de salud, generaría resistencia para la implementación de la estrategia por parte del personal de salud. • La planificación de las brigadas de salud, metas de los programas y supervisión de actividades está supeditada a la disponibilidad de recursos económicos que se asignan desde los niveles superiores, por consiguiente, en muchas ocasiones no disponen de recursos económicos. • Los infantes ingieren el medicamento con agua contaminada de los ríos, dada la ausencia de servicios básicos, por lo que se asumen que el antiparasitario no tendría el efecto deseado. • Las poblaciones indígenas prefieren acudir al curandero de su comunidad para que con plantas naturales propia de la región traten la parasitosis, antes que a los servicios de salud estatales. • Percepción de que todas las políticas, normativas o lineamientos que manejan las entidades estatales están incorrectamente orientadas ya que estos niveles superiores no siempre conocen los diferentes contextos de aplicación de estas políticas. • El nivel local debe ser considerado para la formulación de los lineamientos operativos que acompañen a la estrategia de integración. • El PIANE no ha logrado establecer la intersectorialidad requerida para que actúen todas las instituciones públicas contempladas. • Las dependencias locales del MSP y del MIES, no trabajan de manera coordinada, sino más bien aislada, únicamente se reúnen para recopilar y enviar resultados cuando son solicitados por los niveles superiores. • Mínima o nula participación de la Alcaldía de Taisha en acciones de salud. • El MSP cuenta con un 90% de personal operativo que está cumpliendo con su año de salud rural, que en su mayoría presenta deficiencias en conocimientos relacionados con promoción y prevención, además el cambio constante que sufre este personal es muy difícil consolidar los programas, puesto que cada año tienen que capacitar a personal nuevo, lo que dificulta el sostenimiento de los programas ya implementados por la ruptura en la continuidad de los procesos. • Dificultades asociadas al registro de los datos de los infantes, muchos de ellos carecen de registro de inscripción de nacimiento o cédula de identidad, condición que afecta principalmente a la ENI. • Cambios continuos de los responsables de estos programas y la poca o nula supervisión que pueden ejercer éstos a los establecimientos de salud | <ul style="list-style-type: none"> • Al integrar la QP, se tendría la garantía de que los infantes tengan una atención por lo menos 2 veces en un año. Condición imprescindible en lugares como Taisha con prevalencia superiores a 50%, la desparasitación debe realizarse cada 6 meses para que esta estrategia sea efectiva. • La integración de la QP fomentaría una mayor captación de la población entre 1 y 14 años, por consiguiente, al captar mayor población, incrementaría la producción y registro de atenciones brindadas por el personal de salud. • Integrar la QP permitiría manejar indicadores que permitan conocer si esa población está desparasitada, realizar el seguimiento y control de los beneficiarios, que en teoría deben superar el 85% de la población en cuestión como condición necesaria para que esta estrategia sea efectiva. • La integración de la QP debe ser de naturaleza intersectorial, donde se incluyan al MSP, MIES y, Ministerio de Educación; cada una de estas instituciones cuenta con personal distribuido por todo el cantón. • La integración a los programas que oferta el MSP en el cantón no sería compleja, puesto que lo único que aumentaría es una prestación más a los paquetes de atención de esta institución. • La integración de la QP no es costosa, debido a que el medicamento utilizado para la intervención es de bajo costo, y la integración a los programas de salud ofertados por el MSP, reduciría aún más los recursos necesarios porque anclada a los procesos ya establecidos permitiría utilizar los recursos ya existentes. • Percepción por parte de los acudientes que los antiparasitarios mejoran la calidad de vida de los niños. • No serían necesarios cambios estructurales en el PIANE ni en el ENI; se percibe que lo único que aumentaría es una prestación más a los paquetes de atención del MSP, sino más bien adaptar el sistema de registro de información para incluir la desparasitación como una actividad adicional de estos programas. • Es de suma importancia integrarla QP, por las repercusiones que las HTS producen en el estado de salud de los infantes. • Se cree que cualquier programa que sea ofertado por MSP a este nivel es compatible con la integración de la QP, debido a que las prestaciones preventivas y curativas que oferta el MSP son realizadas por el EAIS, que cuando realiza actividades extramurales ofrecen todas las prestaciones posibles a todos los grupos etarios existentes en la comunidad. • Al momento, el MSP cuenta con personal de salud necesario (médicos, enfermeras, técnicos de atención primaria en salud, odontólogos, auxiliares de enfermería, entre otros), para ejecutar la integración de la QP. • Se podría contar con la participación del personal de apoyo familiar del MIES que son aproximadamente 80 personas distribuidas por todo el cantón, y también con los profesores responsables de las escuelas unidocentes que se encuentran en las zonas más alejadas del cantón. • En el 70% de las comunidades del cantón se han formado a promotores de salud comunitarios, quienes podrían ser capacitados para implementar la integración de la QP. • Se percibe que existen las condiciones de infraestructura física, ya que cuentan con 18 establecimientos de salud ubicados en las comunidades con mayor afluencia de |

| | | |
|---|---|---|
| | <p>pertenecientes al MSP por la brecha de personal existente.</p> <ul style="list-style-type: none"> Las condiciones climáticas de este cantón (lluvias, temperaturas y humedad altas), favorecen el deterioro de manera acelerada de los equipos, infraestructura, entre otros enseres existentes en los establecimientos de salud. La caída constante del flujo de energía eléctrica y el servicio de internet, lo que complica el despacho de la información a los niveles superiores. La desparasitación actualmente se realiza de manera aislada y con un deficiente seguimiento para el cumplimiento de las rondas de desparasitación necesarias. Se debe crear una herramienta adecuada que permita la recolección de información de los beneficiarios que facilite el trabajo en campo, además de un indicador para medir los resultados de la estrategia. La percepción de que las metas planteadas en los niveles superiores son ambiciosas y muchas veces imposibles de cumplir, debido a que no se considera todas las particularidades que se presentan en la amazonia ecuatoriana. Descontento de los pobladores, ya que a las comunidades más alejadas no siempre llegan las brigadas por lo que se percibe que muchos niños no son tratados. | <p>población; cada establecimiento de salud cuenta con un espacio asignado para farmacia donde se podrían almacenar los antiparasitarios.</p> <ul style="list-style-type: none"> Los pobladores perciben que deben ser los profesores sean los encargados de suministrar este medicamento en las escuelas, debido a que ellos viven en las comunidades, conocen a todos los niños y además viajan una vez cada trimestre a la cabecera cantonal, lo que favorecería la disponibilidad del medicamento en la comunidad. Los profesores creen que existe un descuido por parte del nivel local del MSP, debido a que se ha dejado de lado la desparasitación en las escuelas. Los profesores están interesados y desean participar activamente en la integración de la QP a nivel local, pero creen muy necesario una capacitación previa que certifique que están en la capacidad de ejecutar esta actividad además de la dotación del medicamento especialmente en las zonas más alejadas donde no existen establecimientos de salud. Los TAP's están dispuestos a colaborar activamente en el proceso de implementación de la integración de la QP. |
| <p style="text-align: center;">Zonal</p> | <ul style="list-style-type: none"> Desconocimiento del personal médico que tratan las parasitosis de los determinantes sociales asociados a esta patología. Por consiguiente, asumen que las HTS deben abordarse netamente desde una perspectiva farmacológica. El PIANE, no es una buena opción para integrar las actividades de desparasitación debido a la percepción de que en Taisha no se ha logrado consolidar aun este plan, dada la escasa información para el análisis de los avances. Dificultad relacionada con la decisión y aprobación por parte del nivel central del MSP, dados los múltiples requerimientos y trámites burocráticos que son solicitados en esta instancia para lograr la integración a los programas que pertenecen a este ministerio. Retroceso en temas de SP por el retorno a un sistema de salud biomédico enfocado en tratar la enfermedad y la poca relevancia dada a los procesos de promoción y prevención de la salud. Para la integración de la QP, resultaría más económico crear o fortalecer las capacidades del recurso humano local (profesores, líderes comunitarios, TAP's, educadores del MIES) que pueden apoyar las diferentes estrategias de salud en su comunidad, ya que, la movilización del personal de salud del MSP, a las diferentes comunidades del cantón resulta muy costoso. La integración de la QP debe instituirse desde la propia comunidad, considerando el contexto intercultural, cada etnia habitante del cantón Taisha, tienen costumbres, idioma y modo de vida diferente, lo que hace que difiera su concepción del proceso salud-enfermedad producida por las HTS. Sobredosificación del medicamento, puesto que se está administrando más de dos veces al año lo que podría resultar en posibles efectos de resistencia a los antiparasitarios. Percepción de que los antiparasitarios ofertados por el MSP no sirven, por lo que prefieren adquirir este medicamento por su cuenta en farmacias locales. | <ul style="list-style-type: none"> Conocimiento de experiencias exitosas en ALC que validan la efectividad de la integración de la QP no solo para las HTS, sino para otras EID. Percepción relacionada a la eficacia y bajo costo del Albendazol, medicamento de uso en la QP. Percepción de que la QP permitiría el escalamiento de las HTS como problema de SP en la región amazónica y la responsabilidad del estado de responder con políticas públicas de salud, acordes al contexto donde se presenta esta enfermedad. La integración de la QP favorecería la institucionalización de la desparasitación como un componente fundamental en los paquetes de atención curativos y preventivos del MSP, siempre y cuando se cumplan las dos rondas al año. Permitiría conocer si realmente se están acogiendo a las 2 rondas de desparasitación en un año, si la dosificación del medicamento es la adecuada, si el medicamento empleado realmente está cumpliendo su cometido, conocer el impacto de integración de la QP mediante la disminución de la prevalencia e intensidad de infección de las HTS y el impacto a nivel del estado nutricional de los infantes. Todo esto mediante el seguimiento, monitoreo y evaluación de la estrategia. Posibilidad de implementar las actividades de desparasitación de manera intersectorial, apoyándose de las normativas existentes del programa Misión Ternura que se oferta a través de la plataforma Creciendo con nuestros hijos CNH's de MIES y al Modelo de Atención Integral en Salud en Contextos Educativos MAIS-CE coordinado en conjunto por el MSP y el Ministerio de Educación. Se podría incluir estrategias de promoción y prevención de otras enfermedades asociadas a la pobreza y enfermedades prevenibles por vacunación. Capacidad de apoyarse para la implementación de esta estrategia con los Técnicos de Atención Primaria en salud "TAPS" del MSP. Si la estrategia se trabaja de manera intersectorial, los TAP's pueden ser los responsables de la recolección de la información generada, además pueden reportar esta actividad como parte de sus indicadores y metas de trabajo en el MSP. |

| | | |
|---|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • El consumo de agua contaminada por falta de servicios básicos permite que el ciclo de parasitismo se perpetúe especialmente en los infantes. • Existencia de un resentimiento social asociado a la falta de oportunidades para un mejor nivel de vida, desencadenada por la pobreza, que el estado no ha podido mejorar. • La actitud machista del colectivo masculino de la etnia Achuar, dificulta el acceso a servicios de salud por este grupo, dado que no aceptan que la atención sea brindada por personal de salud de sexo femenino. • Desconfianza hacia los servicios de salud, dado que los usuarios se sienten criticados por su modo de vida cuando acuden a estos servicios. • El hecho de que muchas otras organizaciones ofrezcan antiparasitarios ha dificultado el seguimiento de los infantes para el cumplimiento de la desparasitación en sus 2 rondas anuales, por causa de falta de registro de información y el empalme de estos con los sistemas de registro de información del Ministerio de SP, lo que ha provocado que los infantes sean desparasitados en un número mayor a lo requerido • La política nacional de medicamentos especifica que los únicos facultados para prescribir medicamentos es el gremio médico. • Los recursos se asignan desde el nivel central del MSP los niveles zonal y local no tienen influencia en el cálculo y distribución, sin embargo, esta asignación no considera el contexto de los cantones de la Amazonía, que presentan dificultades en el acceso geográfico, alta dispersión poblacional, servicios básicos deficientes, condiciones climáticas desfavorables, causales que incrementan los requerimientos económicos, principalmente asociados a la movilización para el ingreso del personal de salud y el sostenimiento durante su estancia. • Se debería sensibilizar al personal previo a la implementación de la integración de la QP, para lograr un compromiso serio de trabajo. • El registro y reporte de la información de la integración de la QP puede entrar en conflicto con el flujo de información que actualmente maneja la ENI, por lo que recomiendan la necesidad de un responsable exclusivo para el manejo de los datos. • La forma como se calculan las metas en el nivel central no corresponde a la realidad. • Actualmente existe una brecha de personal a este nivel, por lo que no se ha logrado cumplir con todas las funciones encomendadas principalmente la consolidación y reporte de información hacia el nivel central y supervisión de los procesos, avances y cumplimiento de metas de los programas implementados en el nivel local. • Existe preocupación por la culminación de los contratos de los TAP's que prestan sus servicios a nivel nacional; se percibe que esto sería un retroceso para todos los programas que se trabaja directamente con la comunidad. | <ul style="list-style-type: none"> • Percepción de los bajos costos de la desparasitación • El pilotaje de la integración de la QP será muy útil para identificar posibles fallas en la planificación, ejecución y logística necesaria para implementar esta estrategia. • La desparasitación genera gran expectativa en los acudientes, dado que evidencian una mejora en el apetito de los niños, en la contextura física, entre otros beneficios. • En las zonas dispersas y de difícil acceso donde existen casos de malaria, se ha facultado a los microscopistas responsables del diagnóstico de esta enfermedad para que pueden tratar a los infectados. • Si la integración de la QP se apoya de la ley Orgánica Especial de la Circunscripción Territorial Especial Amazónica, se podría obtener regalías de que favorecería la obtención de recursos y la sostenibilidad de la estrategia. • Percepción del éxito de la integración en otros países, además brinda la posibilidad de medir el impacto, es factible realizarla y tiene adecuada relación costo-beneficio asociada. • La integración a la ENI favorecería la continuidad en cuanto al seguimiento que se les debe dar a los niños para el cumplimiento de las rondas de desparasitación ya que se puede anexar al esquema de vacunación vigente. • La ENI cuenta con personal y tiene apoyo internacional por parte de OPS. • Se percibe que la estrategia es viable y existen todas las condiciones necesarias para que esta estrategia funcione en el catón Taisha. • La integración de la QP se percibe como una de las mejores estrategias para prevenir y controlar las HTS, considerando que en estas zonas de difícil acceso se torna complejo el accionar sobre los determinantes sociales de la salud asociados a las parasitosis. |
| <p style="text-align: center;">Central</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Percepción de la ineficacia de la QP para el control de las HTS, debido a que no logra incidir en los determinantes sociales, se trata la enfermedad evitando así que se generen políticas sostenibles que permitan que las personas tengan un cambio en sus determinantes de salud. • No se consideran ni al PIANE ni a la ENI, como programas para la integración de la QP. • Necesidad de compromiso político principalmente en el nivel local, donde se incluyan a todos los actores políticos, sociales y de salud que permitan que la | <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento de la evidencia que respalda la integración de la QP, experiencia exitosa del país con la eliminación de la oncocercosis con la QP utilizando Ivermectina • En Ecuador existen programas a nivel nacional enfocados en mejorar el estado de salud de infantes y adolescentes. • La posibilidad de implementar la integración de la QP como política del nivel local. • La posibilidad de evidenciar a los antiparasitarios no solo como tratamiento farmacológico, sino más bien como una estrategia preventiva de alto impacto en la salud de niños y adolescentes |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>ciudadanía conozca la importancia de las HTS, se apropien del tema y posibiliten la sostenibilidad de la estrategia en el tiempo, independientemente de la tendencia política de turno.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La inversión realizada en años anteriores en campañas de desparasitación no permitió comprobar la disminución de la prevalencia de la enfermedad, principalmente por la falta de un sistema de registro de estas actividades. • La necesidad de invertir en un plan de estrategias comunicacionales que acompañen a las actividades integradas de desparasitación, esto con el objetivo de lograr interiorizar la estrategia integrada como una necesidad sentida por la población lo que garantizaría el sostenimiento de esta actividad en el tiempo. • No se ha logrado tampoco incidir en los determinantes sociales asociados, lo que ha complicado aún más el panorama de salud infantil: se ha incrementado el número de casos asociados a enfermedad diarreica aguda, desnutrición aguda y crónica; patologías íntimamente relacionadas con las parasitosis intestinales. • La falta de coordinación del nivel central con los actores externos dificultaría la implementación de esta estrategia. • Si no se logra visibilizar la importancia de la integración de la QP tanto como se ha logrado con la vacunación, esta puede fracasar por la condición política del país, cambio de las autoridades de turno en todas los niveles y las deficiencias del sistema de salud. • Desmontaje actual del aparato estatal de salud, por una decisión política coyuntural del gobierno enfocada a disminuir el gasto público, lo que ha resultado en el despido de miles de funcionarios públicos. • Las alcaldías, limitaron su responsabilidad en torno a su rol en el trabajo intersectorial con el MSP, con relación a incidir en algunos determinantes sociales de la salud, que al final terminan afectando en los indicadores de salud del país. • La política nacional de medicamentos, específicamente la prescripción de medicamentos por parte de personal no médico y cómo ésta entraría en conflicto con la integración de la QP. • La percepción de la deficiente formación académica en materia de planificación, existente a nivel del personal administrativo y operativo que labora en el MSP en todos sus niveles, complica la implementación y ejecución de los programas. • Las dificultades que acarrea el cantón Taisha, por causa del acceso geográfico, dispersión de la población, carencia de servicios básicos entre estas: alto costes de movilización, dificultad en el manejo de registro y reporte de información, infraestructura deficiente, etc. • No tienen conocimiento de cómo es el panorama actual de las HTS; cuáles serían las mejores metas e indicadores que se podrían plantear para evaluar la estrategia de integración de la QP. • La articulación interna entre las dependencias que conforman el nivel central del MSP es deficiente y cómo éstas coordinarían la ejecución de la integración de la QP. | <ul style="list-style-type: none"> • La posibilidad de universalizar la entrega del medicamento, partiendo de que se lo puede aplicar en cualquier nivel de atención y por cualquier tipo de profesión, siempre y cuando se haya capacitado previamente al personal. • Se percibe una mejora en el registro y sistematización de la información, que favorecería el monitoreo y control de la estrategia integrada de desparasitación. • Percepción de que la estrategia debe ejecutarse de manera intersectorial, ya que existen muchas políticas que acercan los servicios estatales a los hogares ecuatorianos, principalmente el MSP con los TAP's y el MIES con sus técnicos de acompañamiento familiar. • La desparasitación con una frecuencia de 2 veces al año puede ser efectuada por cualquier funcionario que llegue a tener contacto con el hogar y no necesariamente solo por el sector salud. • Percepción de que la integración de la QP sería fácil, por motivo que el medicamento es única dosis, puede ser administrado por personal no médico que fue capacitado, es de fácil transportación. • Se puede obtener financiamiento externo que puede servir para la movilización o la compra de insumos principalmente medicamentos. • Posibilidad de realizar una prueba piloto en el escenario más complejo (Taisha), para luego proceder a implementarlo en otros territorios con características similares. • El pilotaje de la estrategia a pequeña escala en una población que sea representativa en la que se pueda realizar el seguimiento de los parámetros e indicadores establecidos, permitiría conocer que tan bien funciona la estrategia integrada de desparasitación. • La necesidad de recuperar la práctica tradicional de desparasitar a los niños con periodicidad y sin la necesidad de un diagnóstico de laboratorio previo. • Se percibe que las leyes están planteadas, sin embargo, son muy débiles para aplicarse a cabalidad (política de medicamentos). • La existencia de una organización social jerárquica en los cantones de la amazonia ecuatoriana. • La integración exitosa de la desparasitación fácilmente puede ser tomada como ejemplo de trabajo estatal. • Integrar la QP como una acción preventiva, lograría tener un mayor acceso a la población y asegurar una mayor cobertura de desparasitación. • Los programas que oferta el sistema nacional de salud a través del MSP, están basados en un modelo de atención integral en salud, condición que favorecería la integración de la QP. • El cálculo de las metas en los programas que se enfocan en los infantes, lo realizan bajo estándares internacionales, adaptándose a los compromisos regionales para alcanzar metas de eliminación, erradicación o prevención y control de determinada enfermedad. • Existe la infraestructura necesaria para la integración de la quimioterapia. |
|--|---|--|

6. Discusión

En el presente proyecto de investigación en implementación, es necesario recalcar la contribución que este enfoque metodológico puede hacer para comprender y optimizar las condiciones en las que se implementan las intervenciones en salud.

La IR fue un aporte esencial para comprender cómo funcionaría la estrategia de integración de la QP para el control de las HTS en niños de 1 a 14 años en el cantón Taisha en condiciones reales, donde el contexto social, político y del sistema de salud, juegan un papel relevante para su efectividad. Cabe resaltar que este proyecto se encuentra en fase de pre-implementación, por consiguiente, los hallazgos reportados servirán de base para la implementación exitosa de la estrategia de integración de la QP.

Antecedentes al respecto, demuestran experiencias exitosas de la integración de la QP, por ejemplo en Benín, Malawi e India, se logró integrar la desparasitación como parte del programa de salud escolar, inclusive en este último se logró institucionalizar la QP mediante la designación de los días nacionales para la desparasitación (4). En el contexto latinoamericano, vale resaltar los grandes logros reportados en términos de altas coberturas de desparasitación logradas por países como República Dominicana en el cual se integró a los programas de salud escolar y nutrición; Nicaragua, nación en la cual la desparasitación va de la mano con la vacunación en las jornadas anuales de inmunización y por último México, donde la desparasitación hace parte de las semanas nacionales de vacunación (19,45).

Todas estas experiencias, generaron un nivel sustancial de evidencia que dio lugar al desarrollo de diferentes herramientas operativas para orientar la implementación de actividades integradas de desparasitación en regiones con problemáticas semejantes, de tal forma que se puedan apoyar estrategias de implementación en este ámbito con un respaldo metodológico reconocido y efectivo.

Dentro de estas herramientas, el documento propuesto por OMS/OPS "Pautas Operativas para la puesta en marcha de Actividades Integradas de Desparasitación" fue fundamental para el logro de los objetivos de este proyecto en la medida que ya propone indicaciones claras de estudio del contexto. En especial se destaca un instrumento de caracterización que propone diferentes programas y las condiciones que deben cumplir para constituirse como plataformas estratégicas para llevar a cabo estas acciones. Sus consideraciones metodológicas fueron clave para reconocer

las rutas críticas para integrar la desparasitación, identificar actores clave y reducir tiempo y costo en la evaluación de múltiples programas que posiblemente no propongan condiciones favorables para la integración de esta estrategia. La utilidad máxima de este instrumento es su capacidad de adaptación a la región, en particular a Ecuador que no posee un lineamiento específico para la prevención y control de las HTS. Por tanto, esta guía tiene el potencial de acelerar en este tipo de iniciativas, la evaluación y la toma de decisiones de forma oportuna y pertinente, aspectos clave para la gestión y el desarrollo de políticas y planes de acción por parte del MSP.

En la presente investigación, en total se identificaron 6 programas compatibles con la integración de la QP, 3 de ellos: la Estrategia Nacional de Inmunizaciones, el Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador y el Modelo de Atención Integral de Salud en Contextos Escolares plantearon desde su marco normativo, aunque no de manera exhaustiva las condiciones más favorables para la integración de las actividades de desparasitación. En este sentido, Grépin y colaboradores mencionan que la creación de vínculos entre los programas existentes mediante la integración de programas, sirven para mejorar la ejecución de las intervenciones sanitarias, dados los compromisos y recursos existentes (97). De forma semejante, autores como Utzinger y colaboradores, manifiestan que en países con economías en escala como es el caso de Ecuador, existen fuertes razones para creer que la adopción de la estrategia de integración de la QP, es indispensable a la vez que puede ayudar a mejorar la efectividad como la eficiencia de esta intervención (98).

Por otra parte, autores como Bundy y Stothard, coinciden al igual que este estudio, que los mejores programas a nivel mundial para la integración que implican la administración de medicamentos antihelmínticos, es mediante el sistema educativo existente, en conjunto con mensajes de educación sanitaria adaptados localmente y, si es necesario, los programas de nutrición infantil. No obstante, también mencionan que para que la estrategia de integración en estos programas funcione adecuadamente, es necesario el fortalecimiento del sistema de salud, el cual sirve como la columna vertebral para la administración de medicamentos e innumerables otros servicios preventivos y curativos (99,100). Otros investigadores como Grépin y Reich, 2008 también manifiestan que la oportunidad de incorporar o integrar las actividades de control de las EID dentro de los programas de salud escolar o a través de otras plataformas de prestación de servicios de salud, prometen mayor eficiencia, sostenibilidad a largo plazo y fortalecimiento de la capacidad nacional para el control de estas enfermedades (97).

Por su parte, Gyapong y colaboradores menciona también que la integración de estrategias de control de las EID, en las plataformas de prestación de servicios de salud existentes es prometedora para una mayor eficiencia de los programas y genera un impacto positivo en el fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud, mediante la construcción de sistemas más sólidos para la prestación de asistencia sanitaria y prevención de enfermedades a poblaciones vulnerables en los países endémicos (101).

De manera análoga, Linehan en el documento "Implementación integrada de programas dirigidos a enfermedades tropicales desatendidas a través de QP: demostrando la viabilidad a escala nacional", rescata los beneficios de la integración de intervenciones a los programas como el de salud escolar, plataformas de prestación de servicios de salud existentes, así como también los días de salud infantil; entre estos: la eliminación de la repetición en las operaciones de programas especializados de enfermedades a medida que establece la integración, logrando así el uso eficiente y rentable de los recursos disponibles. Igualmente manifiesta que, a futuro, pueden acumularse mayores beneficios a medida que se buscan oportunidades estratégicamente para aprovechar o complementar otros esfuerzos, como la provisión de agua segura y saneamiento, u otros insumos del sector de la salud (102).

Por otro lado, si consideramos la complejidad del contexto de implementación de la integración de la QP y para lograr identificar las condiciones que se presentan a manera de barreras y facilitadores, fue necesario el uso CFIR que recoge 19 teorías de implementación sugiriendo 39 constructos que han sido identificados como factores críticos de éxito para la implementación de estrategias de eficacia comprobada (67,68,71,103). El CFIR favoreció la identificación de influencias externas e internas que inciden en las instituciones que pueden acoger la estrategia de integración de la desparasitación. Al respecto, Choffnes y colaboradores, mencionan que la integración de intervenciones a programas es innegablemente, complejo e implica, no sólo los múltiples ámbitos de la política, la actividad y la estructura organizacional del sistema de salud, sino también múltiples niveles de coordinación, colaboración y consolidación de las actividades con todos los actores involucrados (104).

De este modo, al ingresar a las comunidades y analizar la situación de cada programa candidato con los actores clave de los diferentes niveles mediante el uso de los dominios y constructos CFIR, ya no se reflejaban las condiciones inicialmente evidenciadas en los documentos normativos, indicando así que el entendimiento del contexto permite identificar

mayores desafíos para la integración. La variación de las condiciones en lugares centrales como ciudades y la situación en lugares apartados y con baja institucionalidad como el cantón Taisha, demuestran el porqué la evaluación de la implementación debe partir de la complejidad y del reconocimiento del contexto como aspectos clave. Dada la dinámica observada, utilizar un enfoque cualitativo de tipo estudio de caso permitió comprender cómo se desarrolla la implementación desde las diferentes percepciones y condiciones de las poblaciones beneficiarias, responsables de los programas en los niveles local y zonal, y las instancias tomadoras de decisión en el nivel central.

Al respecto, autores como Cofiño y colaboradores resaltan la valoración del contexto y la aplicabilidad de las intervenciones de salud en otros escenarios, así como conocer el impacto que han tenido las intervenciones sobre las personas, lugares a las que iba dirigida y cómo ha sido desempeñada por las instituciones ejecutoras, es fundamental para comprender los mecanismos del porqué ha funcionado, o no, las intervenciones (105).

En este sentido, la normativa por sí misma no garantiza el éxito de la aplicación, si esta no considera todas las particularidades existentes en el ámbito de aplicación, de este modo se vuelve imprescindible la formulación e implementación de estas políticas, normativas, decretos, entre otros; juntamente con todos los actores involucrados para minimizar el riesgo de fracaso y asegurar el éxito de las intervenciones.

La integración de la QP como estrategia para controlar las HTS

Las HTS como enfermedades asociadas a la pobreza tienen un trasfondo multicausal (anexo 6) que supera los beneficios que puede aportar una estrategia centrada exclusivamente en acciones biomédicas como la QP por lo que se necesitarían transformaciones estructurales en los sistemas sociales y de salud de los territorios tal como fue resaltado de manera reiterada por los entrevistados como una problemática grave en su región.

Implementar esta estrategia, no tiene la intención de invisibilizar el problema de fondo llevando medicamentos de manera cíclica con una finalidad preventiva restringida. No obstante, los cambios estructurales de los determinantes sociales de la salud asociados a las enfermedades infecciosas desatendidas requieren un periodo de tiempo considerable, con un compromiso sostenido por parte de los tomadores de decisión y la sociedad civil; mientras esto sucede persiste el riesgo inminente en la salud de los niños, la enfermedad no se detiene y las oportunidades para

cambiar esta situación parecen cada vez más distantes. De este modo, la QP, tal como lo evidencia la literatura, cuando se realiza de manera masiva, es la principal estrategia a corto plazo para reducir la carga de enfermedad causada por esta parasitosis. De hecho, ciertos modelos matemáticos trabajados por Ásbjörnsdóttir KH y Means AR de la Universidad de Washington, evidencian que si la QP se mantiene durante 5 a 6 años de manera continua y sostenida, puede contribuir a controlar e incluso a eliminar las HTS en las zonas endémicas (4,34).

La problemática sociosanitaria del cantón Taisha viene desde mucho tiempo atrás con prevalencias de HTS mantenidas por encima del 50%, que, pese a los esfuerzos mediante campañas de desparasitación, con un abordaje esencialmente fragmentado y desorganizado, no se ha logrado paliar los efectos funestos de estas parasitosis en niños y adolescentes del cantón. Unas condiciones mínimas de salud permitirían reducir paulatinamente la reproducción de la pobreza en la medida que las comunidades puedan liderar su propia transformación desde lo local con generaciones más sanas que puedan escalar las problemáticas sociales para obligar a los estados a brindar respuestas oportunas y fiables para mejorar el modo de vida de estas poblaciones.

Barreras y facilitadores según el modelo de gestión del sistema de salud ecuatoriano para la integración de la QP

En el presente proyecto se identificaron diferentes barreras y facilitadores para la integración de la quimioterapia en 3 niveles de análisis: local, zonal y central. Esta investigación demuestra cómo se movilizan las influencias entre niveles, condición favorable cuando quiere plantearse un enfoque integrado donde el conocimiento amplio de los diferentes contextos y la coordinación entre actores es crucial para el éxito y la sostenibilidad de la estrategia. En este sentido, en el estudio realizado por Estrada JP y González Marulanda E en el que se identificaron barreras y facilitadores para la implementación de los lineamientos para la desparasitación antihelmíntica masiva en el Valle del Cauca-Colombia en el año 2016, se rescata la importancia de incorporar referentes de todos los niveles (nacional y departamental en el caso estudiado), para comprender globalmente el proceso de implementación de esos lineamientos y la identificación de factores críticos para el desarrollo de esa intervención (106).

El CFIR permitió delimitar ciertas características contextuales que deben ser consideradas al momento de integrar las actividades de desparasitación a los programas de SP que existen en el cantón. De manera general la evidencia encontrada podría acercarse a una

apreciación mixta de las barreras y facilitadores descritos. Donde si bien se plantean importantes ventajas, también se consideran aspectos negativos relevantes que entran en conflicto al momento de la implementación y que deben abordarse desde un enfoque participativo para generar las mejores estrategias de ajuste.

Consideraciones de implementación compartidas entre los niveles local, central y zonal.

Dentro del contexto las dificultades para el acceso geográfico a las comunidades del cantón Taisha es un problema de fondo, mencionado por todos los niveles, lo cual repercute en la ausencia institucional, deficiente acceso a servicios de salud, transporte costoso y de alto riesgo, la falta de servicios públicos y otros recursos para la infraestructura de sus programas actuales. Por consiguiente, abordar los determinantes sociales no es una realidad cercana para los entrevistados por lo cual la integración de la QP emerge como una posibilidad importante para abordar la situación.

Al respecto, en el estudio de Hautecoeur M, en el que se exploraron las barreras de acceso a servicios de salud en poblaciones indígenas de Rabinal en Guatemala, se identificó también que las barreras de acceso geográfico están relacionadas con la distancia hacia los servicios de salud y con la escasez de transporte (107).

Por otro lado, los programas con mejores condiciones preliminares para la integración de la QP fueron en su orden la Estrategia Nacional de Inmunizaciones ENI del MSP y el Plan intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador PIANE y el Modelo de Atención Integral en Contextos Escolares MAIS-CE. Pese a que los programas como el PIANE presentan características ideales desde lo normativo, se evidenció entre los involucrados que lo operativo dista de los lineamientos actuales. Esto es una barrera considerable, en la medida que, pese a la identificación de las ventajas de este plan en los documentos normativos, la realidad es diferente: no están implementadas ni tampoco institucionalizadas en los territorios.

Para los 3 niveles, entre las opciones planteadas, la ENI es valorada favorablemente debido a la previsibilidad y cumplimiento programático que ha tenido en el territorio durante su larga trayectoria. Sin embargo, su cobertura es limitada, existe incertidumbre en cuanto a lograr los rangos de tiempo mínimos entre ciclos de desparasitación, como abordar al mismo niño 2 veces al año y su limitación desde la perspectiva intersectorial ya que es un programa propio del Ministerio de SP. Es

relevante ampliar entre los involucrados la comprensión del impacto en la práctica que conllevaría recibir una vacuna y la carga de un antiparasitario de manera simultánea.

Se identifica la política nacional de medicamentos como una barrera, aunque parece tener un margen de flexibilidad en la práctica de acuerdo con evidencia y la situación emergente. Esta ley menciona que los únicos facultados para entregar medicamentos son los médicos, no obstante, existen antecedentes como en el programa de malaria, en el cual el tratamiento es suministrado por la red de microscopistas constituida principalmente por auxiliares de laboratorio capacitados; dicha práctica es común en zonas de difícil acceso como el cantón Taisha. Esta condición debe analizarse minuciosamente para encontrar mecanismos desde lo jurídico y la abogacía necesaria para movilizar las voluntades requeridas para impulsar la estrategia de integración en este sentido.

Entre los niveles, los cambios estructurales en la política de salud de Ecuador afectan el alcance de las acciones en SP. El país cuenta con la suficiente infraestructura para llevar a cabo la integración propuesta, aunque se menciona que la disponibilidad de talento humano se ha visto afectada progresivamente debido a las políticas de recorte actualmente patrocinadas e implementadas por el gobierno nacional. Se describe un desmonte actual del aparataje estatal de salud por una decisión política reciente, enfocada en reducir el gasto público con el argumento debido a, según quienes promueven dichas políticas, la persistencia del déficit fiscal y aumento de la deuda pública, lo que ha conllevado a la eliminación de ciertas instancias de las dependencias del ejecutivo en los niveles zonal y local.

Se identificaron diversos planteamientos positivos en cuanto a las ventajas que plantea la estrategia de integración de la QP. Entre las razones indicadas está la posibilidad de aumentar los indicadores de cobertura y producción debido a la metodología propuesta; podría impulsar el mejoramiento del registro y la sistematización de la desparasitación, ya que los datos que se han generado en campañas anteriores o son desconocidos o no son útiles para evaluar y orientar la toma de decisiones. La integración de la QP incrementa su potencial de implementación en la medida que se percibe el medicamento de base, poco costoso, de fácil administración, y no requiere pruebas de laboratorio previas para realizarla. Al respecto, autores como Grepín y Reich, también coinciden con estos hallazgos, debido a que manifiestan que los medicamentos usados en la estrategia de integración de la QP están disponibles, son altamente seguros y eficaces y en su mayoría son donados por organismos internacionales (97).

Por otra parte, para los tres niveles la institucionalización de la desparasitación podría incrementar el compromiso político de cumplimiento por parte del Ministerio de SP. Desde el nivel local consideran que institucionalizar 2 visitas a los mismos niños en un año, impulsaría la continuidad y seguimiento de éstos en otros programas, brindado así una atención oportuna e integral. Por otra parte, para el nivel central y zonal, la experiencia de llevar a cabo la integración en un territorio clave como Taisha podría impulsar la implementación de la integración de la QP en toda la región de la Amazonía.

La integración de la QP no se considera compleja para el nivel central y local, contrario al nivel zonal el cual afirma que, al aumentar las responsabilidades en los programas, en el nivel central se tiende a aumentar los trámites burocráticos retrasando la agilidad en las intervenciones en comunidades rurales dispersas. Los tres niveles coincidieron en que la integración de la QP podría traer consigo resistencia por parte de algunos funcionarios que pueden ver incrementada su carga laboral sin recibir mayor recompensa monetaria por su trabajo. Al respecto, un estudio realizado por Moneyham L, se describe como una barrera del sistema de salud, el aumento en la carga horaria como incompatible para quienes trabajan y el rechazo a la resistencia generada por la imposición de nuevas actividades dentro de su rutina laboral (108).

Por otro lado, el nivel local pone su centro de atención en las necesidades locales como factor clave. Enfatiza al igual que el nivel zonal, en que los pobladores del cantón deberían ser incorporados en el diseño e implementación de esta estrategia, debido a cuestiones críticas tales como las percepciones de las comunidades en torno a la desparasitación.

Para la población de Taisha las parasitosis son una problemática sentida y el uso de fármacos no es algo desconocido para ellos. No obstante, consideran que son los antiparasitarios de venta local y bajo la consejería de sanadores locales lo que les permiten ver resultados de mejoría en sus hijos. Se insiste en una férrea desconfianza hacia los medicamentos entregados por el MSP y critican su efectividad. Al respecto, Wang y colaboradores manifiestan que, para lograr una verdadera integración para el control de enfermedades, las intervenciones deben adaptarse fácilmente a los entornos endémicos locales, sobre la base de las prioridades e idiosincrasias locales, utilizando recursos de propiedad local y dirigiéndose a los más necesitados. Por lo tanto, además de las condiciones medioambientales, es necesario considerar los contextos demográficos, sanitarios y de los sistemas sociales presentes (109).

El nivel zonal ha percibido un incremento en las quejas de la comunidad debido a la falta de continuidad en las brigadas médicas. Agregan que los pobladores del cantón no identifican de manera positiva la relación médico-paciente, esto debido a la actitud de los funcionarios de salud, que no logran empatizar culturalmente. Se sugiere, por tanto, desde este nivel, que la estrategia sea planeada desde la propia comunidad dado el contexto intercultural que tiene el cantón, las 2 etnias presentes poseen costumbres, idiomas y modo de vida diferentes lo que hace que difiera la percepción de la enfermedad y la forma como quieren recibir el servicio.

Siguiendo en esta línea, en un estudio realizado por Asanin J, en el que se exploró el acceso para el cuidado de la salud entre inmigrantes en Mississauga, Ontario, Canadá; se encontraron condiciones similares a las reportadas en este estudio, tales como: problemas comunicacionales relacionados con el idioma, trato médico inapropiado, diferencias culturales en la concepción de salud y tratamiento, percepción de la atención impersonal, incomprensible, inquisidora y apresurada (110).

Consideraciones complementarias descritas desde el nivel local

Como podría esperarse, el nivel local presenta sus planteamientos mostrando de forma más cercana los desafíos de acceso e infraestructura que plantea cualquier estrategia que quiera implementarse en el territorio. Recoge las consideraciones anteriores compartidas con los demás niveles. Agrega que la participación es mínima, el grado de desarticulación percibido con los niveles superiores es significativo lo que ha entorpecido las iniciativas en salud en el territorio. En este sentido estudios como el de Nigenda G, en el que se identificaron barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca-México, la falta de priorización de las necesidades locales, y como esto influye en el diseño de los servicios gubernamentales de salud, que se perciben como fragmentados, jerárquicos y desarticulados (111), condiciones similares a las encontradas en este estudio.

Por otro lado, la desparasitación genera una expectativa positiva en la población, porque ven que sus niños mejoran en su condición física, no obstante, las creencias desfavorables en torno a la eficacia de los medicamentos entregados por el MSP han llevado a la compra, por parte de los habitantes, de antiparasitarios que se perciben de mejor calidad en farmacias locales, prácticas de automedicación descontrolada, con criterios de dosificación desconocidos lo que podría generar resistencia a los antiparasitarios. En este sentido, Scherrer y colaboradores, coinciden en que es necesario establecer y estandarizar protocolos para el seguimiento de la eficacia de los fármacos antihelmínticos y para la

detección temprana de la resistencia a los medicamentos antihelmínticos (112).

Consideraciones complementarias descritas desde el nivel zonal

Para el nivel zonal lograr que la QP sea compatible y se adapte a los programas actuales depende en gran parte que los ejes de acción se cumplan en lo práctico tal como están descritos en la norma. Consideran que es necesario contar con un sistema de información en adecuado funcionamiento para llevar a cabo de manera efectiva el monitoreo y seguimiento impulsando la implementación de la integración de la QP, en la medida que permite la planificación de acciones con metas y recursos basados en datos válidos: para ellos la planeación de diversas actividades se ha visto seriamente afectada al no contar con datos útiles y accesibles.

Finalmente, desde este nivel se menciona, aunque no como un aspecto complejo, la necesidad de generar la capacidad instalada suficiente para la ejecución de la integración, en este sentido el impacto en el costo se reduce al delegar y capacitar recurso humano local, para reducir la movilización de funcionarios públicos a las comunidades de difícil acceso, donde los costos de movilización incrementan notablemente. En el cantón se cuenta con 80 técnicos de acompañamiento familiar del MIES y los TAP´S para la integración de la QP, estos equipos, constituyen un liderazgo clave reconocidos en el cantón como intermediarios entre la población y los servicios de salud, su participación podría favorecer la capacidad de adaptación y adopción de esta estrategia.

Consideraciones complementarias descritas desde el nivel central

Desde el nivel central un constructo clave facilitador es el reconocimiento de la integración per se cómo una estrategia efectiva para llevar a cabo programas sanitarios. Describen una experiencia exitosa en la eliminación de la oncocercosis con la integración de una estrategia basada en ivermectina en uno de sus programas actuales; sin embargo, reconocen sus limitaciones en el abordaje de determinantes sociales.

Para el nivel central plantear esta nueva integración y lograr que funcione en Taisha podría impulsar una política nacional consolidándola como una estrategia preventiva de alto impacto con la posibilidad de aumentar el acceso y control de la administración de antiparasitarios a partir de la universalización en su administración siempre y cuando las personas responsables reciban la capacitación mínima requerida. Esta consideración también es compartida con el nivel zonal. El valor de incorporar otros sectores diferentes a la salud es la mayor ventaja que

pueden encontrar en la integración de la QP, al considerar que cualquier funcionario público sea del Ministerio de Salud, Inclusión Económica o Educación que estén presentes en el cantón y que tengan contacto con infantes entre 1 y 14 años pueden ofertar este servicio.

Es importante resaltar las apreciaciones de este nivel respecto a las circunstancias actuales de implementación, donde pese a otras condiciones políticas descritas, se afirma que es un momento ideal para llevar a cabo una estrategia con un margen de impacto masivo, mencionando que la situación actual del país ha dificultado mostrar a la población resultados de gestión en salud y existe el convencimiento que esto puede aportarles evidencia de acciones realizadas para mejorar indicadores de salud.

Para este nivel, integrar la QP no se considera costosa. Sin embargo, la planificación de las brigadas médicas para el acceso a zonas remotas está sujeta al presupuesto de turno, por lo que podría afectarse la continuidad y oportunidad de la desparasitación, aspectos necesarios para que esta estrategia funcione.

En cuanto al pilotaje de la estrategia, este nivel menciona la capacidad potencial del sistema y la posibilidad que brinda la estrategia de integración de implementarse como piloto en Taisha, al considerar que es un punto de partida favorable debido a que es el territorio que consideran más difícil de abordar a nivel nacional y si puede realizarse y ser exitosa allí puede aplicarse muy probablemente a otros contextos semejantes o incluso menos complejos y obtener los mismos resultados. En este sentido, en los primeros estudios piloto sobre la integración de los programas de las EID realizados por Garba y colaboradores, evidenciaron en general que, a pesar de muchos desafíos prácticos, la integración probablemente sería factible y que daría lugar al menos al ahorro de costos previstos (113).

La intersectorialidad como factor clave para la implementación

El cantón Taisha es sujeto de múltiples intervenciones algunas incorporan la desparasitación como una actividad complementaria llevada a cabo por diferentes actores y con intereses como son las comunidades religiosas, universidades, organizaciones locales, Alcaldía, ONG, MSP. Organismos como OPS han decidido articularse directamente a los niveles locales permitiendo agilizar trámites burocráticos y llevar las intervenciones en salud con mayor nivel de oportunidad.

Pese a los potenciales beneficios, el nivel central reconoce la problemática que ha traído para la población que diferentes actores generen campañas de desparasitación de manera desarticulada, gestionando desde los niveles inferiores sin considerar los conductos regulares que se manejan en las instituciones públicas. Para el nivel zonal y local este tipo de planeación ha generado algunos beneficios en lo inmediato, pero ha profundizado la fragmentación de la atención, de la información y la sobredosificación.

La falta de coordinación de diversos actores que trabajan en zonas de difícil acceso como Taisha en relación con la ejecución anual de actividades comunitarias en salud, ha generado un exceso de intervención de las poblaciones locales configurando prácticas riesgosas (sobredosificación, automedicación) para la salud entre las personas en especial en los niños y adolescentes. Se entiende que finalmente los individuos son receptores de todo lo ofertado por cada intervención y en ellos convergen los efectos negativos de intervenir las comunidades sin una ruta establecida.

Estas circunstancias consolidan situaciones transversales y críticas que ponen en riesgo el éxito de la integración de la QP. De ahí que en definitiva la planeación sanitaria debe insistir en el abordaje intersectorial y coordinado acompañado de un sistema de información efectivo.

De este modo, el trabajo intersectorial se menciona en todos los niveles como un aspecto indispensable para la integración de las actividades de desparasitación, como una ruta clave para evitar el trabajo desarticulado y los pocos resultados. Esto no solo incluye el hecho de incrementar la participación de diferentes actores que pueden aportar en el diseño e impulsar la implementación, sino que sus acciones puedan comenzar a articularse hacia objetivos comunes centrados en el grupo etario en cuestión. Al respecto, es importante destacar el caso de Nepal en la que un programa piloto local de desparasitación logró escalar a todo el país, demostrando cómo la colaboración y la complementariedad entre diferentes organizaciones sí puede darse de manera práctica en el terreno para cubrir todas las necesidades de un país (19).

La integración de la QP es una estrategia que favorece esa convergencia, visibilizando el potencial de otros ámbitos y personas que pueden responder a las condiciones críticas del sistema de salud actual. Por fuera del contexto clínico y hospitalario, se evidencia que TAP´S, profesores, padres de familia, técnicos de acompañamiento familiar, promotores de salud, con la orientación apropiada y con el pleno reconocimiento de su

territorio incrementan las capacidades locales y la comunicación entre los beneficiarios y los tomadores de decisiones.

Sin embargo, es de suma importancia que el trabajo intersectorial, no se quede solo en el discurso, sino más bien se logre comprometer a todas las partes interesadas clave de todos los niveles para el logro de acciones concretas, donde se consigan visualizar los resultados de la integración de la QP, mediante mecanismos de trabajo conjunto de forma integrada, consciente y participativa por la salud y el bienestar de niños y adolescentes. De este modo, la intersectorialidad se convierte en una de las más cruciales y estratégicas acciones demostrando que el liderazgo compartido entre diferentes sectores (salud, social, educación, alcaldías) es esencial para obtener objetivos en marcos problemáticos sociosanitarios complejos como las HTS. En este sentido, autores como Utzinger y de Savigny, manifiestan que, para lograr la sostenibilidad de la integración de la QP, más allá de los tiempos de financiación, el control integrado de las EID implica una plena armonía de los sistemas sanitarios y sociales existentes; no sólo en el sistema público, sino en toda la red de proveedores de servicios de salud existentes en un área determinada. Mencionan además, que para lograr la integración se requiere enfoques sistémicos que estén fácilmente alineados y armonizados con los programas nacionales, regionales y locales (98).

No obstante, también es relevante comprender la intersectorialidad como lo proponen Serrano y Castell, a modo de un proceso técnico, administrativo y político que implica la negociación y distribución de poder, recursos y capacidades (técnica e institucional) entre los diferentes sectores, por lo tanto, no sólo exige una visión de lo social o una intención política, sino también el desarrollo de nuevas capacidades de gestión y nuevos compromisos institucionales formales que inician en el conocimiento y abordaje de las reflexiones, creencias y prácticas de la población objetivo (114,115).

Fortalezas del Estudio

Se destaca el uso del Marco Consolidado para la Investigación de la Implementación CFIR como marco conceptual que sirvió de base para la exploración detallada del contexto complejo donde se pretende implementar la estrategia de integración, esto debido a la multiplicidad de actores, interrelaciones y las relaciones de poder existentes, razón por la cual el CFIR cobra relevancia para el abordaje e identificación de todos estos nudos críticos que pueden influir positiva o negativamente en la implementación de la estrategia en mención.

Siguiendo en la misma línea, es importante resaltar el uso del CFIR y de las herramientas producidas por la OMS/OPS, utilizadas en este estudio de caso cualitativo, que brindan credibilidad, confiabilidad, y transferibilidad al presente estudio, factores clave al momento de evaluar estudios de métodos cualitativos.

Por otro lado, cabe destacar que este estudio incorporó las percepciones de referentes nacionales y zonales, sin obviar tampoco los valiosos aportes brindados por los acudientes de infantes, técnicos de atención primaria, profesores y responsables de programas de SP del nivel local que manifestaron interés en la implementación de la estrategia de integración de la QP en el cantón Taisha, como una alternativa viable para la prevención y el control de las HTS. En este sentido, cabe destacar que esta investigación permitió visibilizar la problemática de las parasitosis en la Amazonía Ecuatoriana en el nivel central logrando establecer vínculos colaborativos para materializar la estrategia de integración.

En línea con lo anterior, vale la pena destacar el trabajo previo con los tomadores de decisión del nivel central para buscar la viabilidad de la propuesta de investigación por lo que se espera que mejore el uso de estos hallazgos. Por otro lado, el trabajo realizado con los gestores del nivel zonal y local permitió un conocimiento más cercano a la realidad de las condiciones necesarias para la implementación de la integración de la QP en los programas sociales y de SP en la región.

Limitaciones del estudio

El proceso de recolección y análisis de la información del objetivo 2 se realizó a partir de 8 entrevistas semiestructuradas. Lo anterior, sin embargo, debido a que los resultados obtenidos en el objetivo 1 nos permitió identificar actores clave en los 3 niveles de planificación, reduciendo así tiempo y costos en la evaluación de múltiples programas que no tienen condiciones favorables para esta estrategia de integración, en consecuencia, los entrevistados responden a las necesidades de este estudio.

La codificación de la información fue realizada únicamente por el investigador principal bajo la supervisión del director de tesis, lo cual podría introducir sesgos de interpretación, por lo cual, para futuras investigaciones, se recomienda la codificación por pares para identificar concordancias y discordancias con la información. No obstante, la codificación se hizo con base a los constructos y dominios aportados por el CFIR. Sin embargo, este marco presentó ciertas limitaciones para lograr explorar las percepciones de los participantes de las etnias indígenas que

habitan el cantón, puesto que no permiten una comprensión a fondo de la cosmovisión, conocimientos ancestrales y la relación de estos con el proceso salud-enfermedad y sus repercusiones futuras a consecuencia de esta parasitosis.

El enfoque cualitativo utilizado para este estudio de caso tiene sus limitaciones, principalmente en la reproducibilidad y generalización de estos resultados, sin embargo, puede servir para orientar el proceso de implementación de la estrategia de integración de la QP para el control de las HTS, en otros cantones de la región amazónica del Ecuador, que comparten características contextuales similares.

Conclusiones

En este proyecto de investigación de la implementación, la metodología propuesta permitió identificar las condiciones que se presentan a manera de barreras y facilitadores para la integración de las actividades de desparasitación, surgen como resultado de la interacción de diversos factores contextuales del "mundo real" donde se pretende implementar esta estrategia. En este sentido, la investigación de la implementación sienta las bases para que la adopción de la estrategia de integración sea adecuada al contexto del cantón Taisha, para garantizar el éxito de la implementación.

De hecho, el cantón Taisha que se ubica en el suroeste de la Región Amazónica del Ecuador presenta condiciones sociales caracterizadas por un bajo nivel de escolaridad, desnutrición, zonas de conflicto, migración; condiciones económicas en las que priman bajos ingresos económicos, carencia de acceso a servicios básicos como agua potable y saneamiento básico, vivienda precaria y la existencia de pisos de tierra; y condiciones ambientales marcadas por la contaminación, disposición inadecuada de excretas, vegetación y cambio climático. Todas estas circunstancias, hacen de este cantón un escenario ideal para la presencia y persistencia de las HTS, por lo que la estrategia de integración de la QP se convierte en una alternativa viable para la prevención y el control de estas parasitosis.

De este modo, se identificaron 6 programas a los que podría integrarse la QP, 4 para infantes en edad pre-escolar, entre estos: la Estrategia Nacional de Inmunizaciones, el programa Misión Ternura, la Estrategia de Atención a Enfermedades Prevalente de la Infancia y la estrategia Médico del Barrio; para niños en edad escolar el Modelo de Atención Integral en Contextos Escolares y por último el Plan Nacional de Alimentación Nutrición y Desarrollo, el cual contempla a los dos grupos de edad ya mencionados. Sin embargo, luego del análisis normativo de cada uno de estos programas, 3 de ellos (ENI, MAIS-CE, PIANE) plantearon, aunque no de manera exhaustiva, las condiciones más favorables para la integración de la QP propuestas por OPS/OMS.

Por otro lado, si bien Ecuador posee programas intersectoriales con objetivos en salud que representan en lo normado condiciones ideales para llevar a cabo esta estrategia, al evaluarlos en lo operativo su ejecución es mínima o inexistente en algunos casos, por lo cual es casi imposible a corto plazo integrar la QP y obtener los objetivos esperados en plataformas que en la práctica ya son problemáticas y que han venido arrastrando experiencias y creencias que las realimentan negativamente entre los responsables de implementarlas y la población objetivo.

De este modo, la revisión documental realizada en esta investigación no logra considerar las particularidades existentes en el ámbito donde se pretende integrar las actividades de desparasitación. No obstante, el uso del Marco Consolidado para la Investigación en Implementación CFIR que sugiere 39 constructos que han sido identificados como factores críticos de éxito para la implementación de estrategias de eficacia comprobada, permitió entender la complejidad del contexto de implementación, las perspectivas de los actores involucrados en los diferentes niveles de análisis, las poblaciones beneficiarias y demás actores involucrados que pueden aportar significativamente a que la integración de las actividades de desparasitación sea efectiva en el cantón Taisha.

De acuerdo con los hallazgos de esta investigación, la integración de la QP emerge entre los actores involucrados como una oportunidad sólida, con interesantes posibilidades de aceptación por parte del gobierno nacional y los diferentes niveles del sistema de salud. Esta iniciativa no excluye la necesidad de incorporar acciones estructurales para el mejoramiento progresivo de las condiciones políticas, sanitarias e higiénicas que urgen en la Amazonía. No obstante, permite incrementar las posibilidades de acceso a la población afectada a partir de una intervención sencilla desde lo operativo y que plantea ejercicios encaminados al fortalecimiento de la intersectorialidad y el incremento en las capacidades de los territorios a partir de la identificación del potencial de participación desde diferentes ámbitos que permitan construir esta estrategia de salud.

La integración de las actividades de desparasitación permite coordinar el trabajo conjunto con la finalidad de potenciar los recursos (físicos, humanos, tecnológicos, financieros, logísticos) y mejorar la eficiencia de los programas y plataformas de SP locales existentes. Pese a los beneficios identificados en la literatura y reafianzados en esta investigación, las singularidades de las comunidades locales desafían el éxito en la implementación integrada de la QP en Taisha.

Por otro lado, se identifica cómo la población de Taisha va configurando y su perspectiva en torno a su salud y las acciones en salud que reciben, consolidando prácticas alrededor de estas creencias. Llevar a cabo una estrategia inmersa en el marco estratégico de otra, confronta las visiones y actitudes que tienen las personas beneficiarias frente a los programas de SP, si esto se desconoce, la integración de la QP arrastraría consigo las fallas del programa de base, fracasaría desde antes de implementarse, a no ser que fuera lo suficientemente aceptada y valorada en tanto que sirva como apalancamiento para fortalecer la plataforma que la integra.

En definitiva, dentro de las categorías propuestas por OMS, la aceptación de la comunidad es el punto de partida para integrar la QP. Sus

particularidades étnicas, la baja accesibilidad y la poca presencia institucional a través de acciones centradas en la curar la enfermedad, favorece la desconfianza en las estrategias preventivas, por ejemplo, la fractura en la relación médico-paciente, el reconocimiento de los curanderos como personal idóneo y la aprobación de las farmacias locales como fuente válida de acceso a medicamentos. Sin el conocimiento y comprensión de quienes serán los beneficiarios y cómo actúan los responsables de ejecutar, no se pueden impulsar los procesos de abogacía necesarios para movilizar las voluntades políticas, las cuales podrían acelerarse al ser la comunidad líder y protagonista de su promoción.

Recomendaciones

Considerando que actualmente Ecuador no cuenta con un lineamiento específico para la prevención y el control de las HTS, los hallazgos de este proyecto de investigación pueden aportar de manera significativa a la elaboración de este insumo, favoreciendo su aplicabilidad real para impulsar la integración de la QP como estrategia para el control de las HTS, por considerar la realidad contextual donde se pretende implementar esta intervención.

Por otro lado, al no evidenciarse un programa que pueda impactar todo el rango de edad entre 1 a 14 años, se recomienda la estrategia nacional de inmunizaciones ENI como plataforma para el grupo entre 1 a 5 años y el modelo de atención integral en salud en contextos escolares MAIS-CE, para niños en edad escolar entre 6 y 14 años, siempre y cuando los cronogramas de las actividades planificadas se ajusten a las frecuencias de desparasitación. No obstante, a pesar de que existen programas que cumplen con las características ideales para integrar las actividades de desparasitación desde una perspectiva normativa, operativamente presentan dificultades de aplicación, por lo que la estrategia de integración de las actividades de desparasitación, podría valerse de la normativa de ciertos programas que tienen un enfoque intersectorial (PIANE, Misión Ternura) para la implementación de la integración de la QP en contextos de difícil acceso y alta dispersión poblacional como el cantón Taisha.

De este modo, se recomienda implementar la integración de las actividades de desparasitación de manera intersectorial con participación del Ministerio de SP con sus Equipos de Atención Integral en Salud de las 18 unidades operativas existentes en el cantón; Ministerio de Inclusión Económica y Social, con sus educadoras familiares dispersas por todas las parroquias del cantón; Ministerio de Educación con los profesores de las escuelas unidocentes existentes en las 189 comunidades del cantón; adicional a estos se requiere la participación activa de las estructuras organizacionales indígenas presentes en el cantón, quienes garantizarán la sostenibilidad de la estrategia independientemente de los dirigentes de turno.

Recomendaciones para el nivel Central

- Incluir a los niveles inferiores en la formulación, planeación para la implementación de la integración de la QP, y no únicamente en la ejecución esta estrategia.

- Generar un lineamiento operativo claro en el cual se especifiquen con detalle las actividades de cada uno de los Ministerios que se involucran en la implementación de la integración de la QP. Este lineamiento debe ser desarrollado en el nivel local, donde se conocen todas las particularidades que pueden influir en la implementación exitosa de esta estrategia
- Es necesario generar intervenciones enfocadas en información y educación en cuanto al uso racional de medicamentos antiparasitarios en las comunidades indígenas del cantón Taisha, que sean acordes a su cultura.
- Fomentar el trabajo intersectorial con las Alcaldías, para lograr incidir en los determinantes sociales que afectan los indicadores de salud del país.
- Considerar una revisión de la política nacional de medicamentos, para que los fármacos usados en la QP puedan ser dispensados por personal no médico, como una intervención preventiva de carácter masivo con alto impacto en la salud de niños y adolescentes.
- Aprovechar las oportunidades de donación de medicamentos y apoyo financiero de organismos internacionales, para la prevención y el control de las enfermedades infecciosas asociadas a la pobreza.
- Facilitar los trámites burocráticos necesarios para que las iniciativas de SP propuestas por los niveles inferiores logren ser implementadas.

Recomendaciones para el nivel Zonal y Local

- Considerar la posibilidad de capacitar talento humano local, principalmente en las zonas más alejadas del cantón Taisha, para disminuir los costos asociados a la movilización y mantenimiento del personal de salud en esos lugares.
- La integración de la QP debe instituirse desde la propia comunidad, considerando el contexto intercultural, cada etnia habitante del cantón Taisha, tienen costumbres, idioma y modo de vida diferente, lo que hace que difiera su concepción del proceso salud-enfermedad producida por las HTS.
- Educar a la población sobre el riesgo de la automedicación con antiparasitarios, a intervalos de tiempo muy cortos, que podrían conducir a posibles efectos de resistencia a los antiparasitarios.
- Buscar alternativas para incrementar la aceptabilidad de los antiparasitarios provistos por el Ministerio de SP.
- Buscar posibles mecanismos de compensación adicionales a los funcionarios que se encargaran de la ejecución de la desparasitación, para evitar la resistencia a la sobre carga laboral y el posible rechazo a la estrategia de integración.

- Capacitar previamente a personal médico y no médico que se encargará de la distribución y provisión del medicamento a los infantes, para que estén preparados frente a cualquier evento fortuito.

Referencias

1. Jamison D, Breman JG, Measham A, Alleyne G. Disease Control Priorities in Developing Countries 2nd edition [Internet]. Washington DC; 2006. Available from: <http://www.worldbank.icebox.ingenta.com/content/wb/2302>
2. Banco Interamericano de Desarrollo, Organización Panamericana de la Salud, Instituto de Vacunas Sabin. Un Llamado a la Acción: Hacer frente a helmintos transmitidos por el suelo en América Latina y el Caribe. [Internet]. 2011. Available from: <http://www.paho.org/hq/in>
3. Pan American Health Organization. Neglected infectious diseases in the Americas: Success stories and innovation to reach the neediest [Internet]. Pan American Health Organization. 2016. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31250>
4. Ásbjörnsdóttir KH, Ajjampur SSR, Anderson RM, Bailey R, Gardiner I, Halliday KE, et al. Assessing the feasibility of interrupting the transmission of soil-transmitted helminths through mass drug administration: The DeWorm3 cluster randomized trial protocol. *PLoS Negl Trop Dis*. 2018;12(1):1–16.
5. Hotez PJ, Fenwick A, Savioli L, Molyneux DH. Rescuing the bottom billion through control of neglected tropical diseases. *Lancet* [Internet]. 2009;373(9674):1570–5. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673609602336>
6. Pullan RL, Smith JL, Jasrasaria R, Brooker SJ. Global numbers of infection and disease burden of soil transmitted helminth infections in 2010. *Parasites and Vectors* [Internet]. 2014;7(1):1–19. Available from: *Parasites & Vectors*
7. Colston J, Saboyá M. Soil-transmitted helminthiasis in Latin America and the Caribbean: Modelling the determinants, prevalence, population at risk and costs of control at sub-national level. *Geospat Health*. 2013;7(2):321–40.
8. Saboyá MI, Catalá L, Nicholls RS, Ault SK. Update on the Mapping of Prevalence and Intensity of Infection for Soil-Transmitted Helminth Infections in Latin America and the Caribbean: A Call for Action. *PLoS Negl Trop Dis*. 2013;7(9).
9. World Health Organization. Book Review: Working to Overcome the Global Impact of Neglected Tropical Diseases. Vol. 132, Perspectives in Public Health. 2012. 192–192 p.
10. Organización Mundial de la Salud. Quimioterapia preventiva para las helmintiasis humanas: uso coordinado de medicamentos antihelmínticos en intervenciones de control: manual para profesionales de la salud y gerentes de programa. 2006. 1–68 p.
11. Moncayo AL, Lovato R, Cooper PJ. Soil-transmitted helminth

- infections and nutritional status in Ecuador: Findings from a national survey and implications for control strategies. *BMJ Open*. 2018;8(4):1–9.
12. Cepon-Robins TJ, Liebert MA, Gildner TE, Urlacher SS, Colehour AM, Snodgrass JJ, et al. Soil-Transmitted Helminth Prevalence and Infection Intensity Among Geographically and Economically Distinct Shuar Communities in the Ecuadorian Amazon. *J Parasitol*. 2014;100(5):598–607.
 13. Oña-Cisneros F, García D, Costta M, Benavides K, Villafuerte W, Ipiates G, et al. Prevalencia de parásitos intestinales y comparación de dos métodos diagnósticos en heces de niños escolares de tres parroquias del Distrito Metropolitano de Quito. *ResearchgateNet*. 2015;4(5):16–26.
 14. Savioli L. Schistosomiasis and soil-transmitted helminth infections: forging control efforts. *Trans R Soc Trop Med Hyg [Internet]*. 2002 [cited 2019 Apr 11];96(6):577–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12625126>
 15. Centro de Investigaciones Sociales del Milenio CISMIL, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales FLACSO Sede Ecuador SN de P y DS. II INFORME NACIONAL DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO - ECUADOR Alianzas para el Desarrollo. 2007.
 16. Organización Panamericana de la Salud. RESOLUCIÓN CD49.R19 Eliminación de las Enfermedades Desatendidas y otras Infecciones relacionadas con la Pobreza. Organización Panamericana de la Salud. 2009.
 17. Organización Panamericana de la Salud. Guía para el desarrollo de planes integrados de acción para la prevención, control y eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas [Internet]. Taller de Formación de Facilitadores Lima, 24 – 26 de Octubre 2011. 2011. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=270&gid=15832&lang=en
 18. Ault, SK, Saboyá, MI, Nicholls, RS, Requejo R. Control y eliminación de cinco enfermedades desatendidas en América Latina y el Caribe, 2010 - 2015. Análisis de avances, prioridades y líneas de acción para filariasis linfática, esquistosomiasis, oncocercosis, tracoma y helmintiasis transmitidas por el. Organ Panam la Salud. 2010;1–100.
 19. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Pautas operativas para la puesta en marcha de actividades integradas de desparasitación [Internet]. 2015. 1–66 p. Available from: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=ar

- title&id=2345:pautas-operativas-para-la-puesta-en-marcha-de-actividades-integradas-de-desparasitacion&Itemid=0
20. Organización Panamericana de la Salud, Universidad de McGill. Informe Taller sobre la integración de la desparasitación en los paquetes de atención en salud para niños en edad preescolar en las Américas [Internet]. 2011. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=15255&Itemid=
 21. Ministerio Salud Pública del Ecuador. Memorando Nro. MSP-SNVSP-2015-0756. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud, Subsecretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública. 2015.
 22. Breman JG, Bridbord K, Kupfer LE, Glass RI. Global health: The fogarty international center, national institutes of health: Vision and mission, programs, and accomplishments. *Infect Dis Clin North Am.* 2011;25(3):511–36.
 23. World Health Organization. Soil-Transmitted Helminthiasis: Eliminating Soil-Transmitted Helminthiasis as a Public Health Problem in Children. Progress Report. 2012.
 24. Peters DH, Tran NT, Adam T. Implementation Research in Health: A Practical Guide [Internet]. Alliance for Health Policy and Systems Research. 2013. 69 p. Available from: http://who.int/alliance-hpsr/alliancehpsr_irpguide.pdf
 25. World Health Organization. Third Who Report on Neglected Tropical Diseases. Investing to overcome the global impact of neglected tropical diseases. 2015.
 26. Debas HT, Gosselin R MC. Disease control priorities in developing countries. *Disease control priorities in developing countries.* 2006. 1245–1260 p.
 27. Chammartin F, Scholte RGC, Guimarães LH, Tanner M, Utzinger J, Vounatsou P. Soil-transmitted helminth infection in South America: A systematic review and geostatistical meta-analysis. *Lancet Infect Dis* [Internet]. 2013;13(6):507–18. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(13\)70071-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(13)70071-9)
 28. Apt Werner. *Parasitología Humana.* McGraw Hill Interamericana, editor. México; 2013. 800 p.
 29. Webb EL, Mawa PA, Ndibazza J, Kizito D, Namatovu A, Kyosiimire-Lugemwa J, et al. Effect of single-dose anthelmintic treatment during pregnancy on an infant's response to immunisation and on susceptibility to infectious diseases in infancy: A randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* [Internet]. 2011;377(9759):52–62. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61457-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61457-2)
 30. World Health Organization. Report of the WHO Informal Consultation

- on the use of Praziquantel during Pregnancy/Lactation and Albendazole/Mebendazole in Children under 24 months. Geneva; 2002.
31. Organización Panamericana de la Salud. Guía para el Desarrollo de Planes Integrados de Acción para la Prevención , Control y Eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas [Internet]. 2011. Available from: www.paho.org/enfermedadesdesatendidas
 32. Hotez PJ, Pecoul B, Rijal S, Boehme C, Aksoy S, Malecela M, et al. Eliminating the Neglected Tropical Diseases: Translational Science and New Technologies. PLoS Negl Trop Dis [Internet]. 2016;10(3):1–14. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pntd.0003895>
 33. Savioli L. Schistosomiasis and soil-transmitted helminth infections: Forging control efforts. Trans R Soc Trop Med Hyg [Internet]. 2002;96(6):577–9. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed8&NEWS=N&AN=36231472>
 34. Means AR, Ajjampur SSR, Bailey R, Galactionova K, Gwayi-Chore MC, Halliday K, et al. Evaluating the sustainability, scalability, and replicability of an STH transmission interruption intervention: The DeWorm3 implementation science protocol. PLoS Negl Trop Dis. 2018;12(1):1–13.
 35. World Health Organization. Helminth control in school-age children A guide for managers of control programmes [Internet]. Geneva; 2011. Available from: http://www.who.int/neglected_diseases/en
 36. Brooker S, Hotez PJ, Bundy DAP. Hookworm-related anaemia among pregnant women: A systematic review. PLoS Negl Trop Dis. 2008;2(9).
 37. Parul C, Khatry SK. Antenatal anthelmintic treatment, birthweight, and infant survival in rural Nepal. Lancet [Internet]. 2004;364(9438):981–3. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed6&NEWS=N&AN=2004391271>
 38. World Health Organization, UNICEF. How to add deworming to vitamin A distribution [Internet]. World Health Organization. 2004. 41 p. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68770/1/WHO_CDS_CPE_PVC_2004.11_eng.pdf
 39. Measles and Rubella Initiative. Deworming Children Brings Huge Health and Development Gains in Low-Income Countries [Internet]. Deworming Fact Sheet. 2008. Available from: <http://www.measlesrubellainitiative.org/wp-content/uploads/2013/06/DPCC-Deworming-Fact-Sheet.pdf>

40. Stoltzfus RJ, Chway HM, Montresor A, Tielsch JM, Jape JK, Albonico M, et al. Low Dose Daily Iron Supplementation Improves Iron Status and Appetite but Not Anemia, whereas Quarterly Anthelmintic Treatment Improves Growth, Appetite and Anemia in Zanzibari Preschool Children. *J Nutr.* 2018;134(2):348–56.
41. Brady MA, Hooper PJ, Ottesen EA. Projected benefits from integrating NTD programs in sub-Saharan Africa. *Trends Parasitol.* 2006;22(7):285–91.
42. World Health Organization. Deworming for Health and Development: Report of The Third PPC Meeting [Internet]. Geneva; 2005. Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/WHO_CDS_CPE_PVC_2005.14.pdf
43. Spiegel A, Tall A, Raphenon G, Pierre D. Increased frequency of malaria attacks in subjects co - infected by intestinal worms and *Plasmodium falciparum* malaria . PubMed Commons. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2016;97(2):14584377.
44. Harris JB, Podolsky MJ, Bhuiyan TR, Chowdhury F, Khan AI, LaRocque RC, et al. Immunologic responses to *Vibrio cholerae* in patients co-infected with intestinal parasites in Bangladesh. *PLoS Negl Trop Dis.* 2009;3(3):1–8.
45. Organización Mundial de la Salud. Taller de capacitación en las pautas operativas para la puesta en marcha de actividades integradas de desparasitación para las geohelmintiasis [Internet]. Reunión para intensificar los esfuerzos integrados para el control de las geohelmintiasis en la Región de las Américas, trabajando juntos por un mismo objetivo. 2013. Available from: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=23556&lang=es
46. Asaolu SO, Ofoezie IE. The role of health education and sanitation in the control of helminth infections. *Acta Trop.* 2003;86(2–3):283–94.
47. Strunz EC, Addiss DG, Stocks ME, Ogden S, Utzinger J, Freeman MC. Water, Sanitation, Hygiene, and Soil-Transmitted Helminth Infection: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Med.* 2014;11(3).
48. Organización Mundial de la Salud. Agua, saneamiento e higiene para acelerar y sostener el progreso respecto de las enfermedades tropicales desatendidas. Una estrategia mundial 2015-2020 [Internet]. 2015. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250587/WHO-FWC-WSH-15.12-spa.pdf;jsessionid=3B73E5FADA3C3E049468AE2E812E8245?sequence=1>
49. Ault SK, Nicholls RS. El abordaje integral de las enfermedades

- tropicales desatendidas en América Latina y el Caribe: un imperativo ético para alcanzar la justicia y la equidad social. *Biomédica*. 2014;30(2):159.
50. Peters DH, Adam T, Alonge O, Agyepong IA, Tran N. Republished research: Implementation research: What it is and how to do it. *Br J Sports Med* [Internet]. 2014;48(8):731–6. Available from: <http://dx.doi.org/doi:10.1136/bmj.f6753>
 51. Green LW, Ottoson JM, García C, Hiatt RA. Diffusion Theory and Knowledge Dissemination, Utilization, and Integration in Public Health. *Annu Rev Public Health*. 2009;30(1):151–74.
 52. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, et al. Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Adm Policy Ment Heal Ment Heal Serv Res*. 2011;38(2):65–76.
 53. Proctor EK, Powell BJ, McMillen JC. Implementation strategies: Recommendations for specifying and reporting. *Implement Sci*. 2013;8(1):1–11.
 54. Kontos PC, Poland BD. Mapping new theoretical and methodological terrain for knowledge translation: Contributions from critical realism and the arts. *Implement Sci*. 2009;4(1):1–10.
 55. World Health Organization on behalf of the Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases 2014. *Implementation Research Toolkit* [Internet]. Geneva, Switzerland; 2014. 1–310 p. Available from: <https://www.who.int/tdr/about/en/>
 56. Patton MQ. *Qualitative Research & Evaluation Methods*. SAGE Publi. California; 2015. 1245 p.
 57. Deputy Director for Public Health Science and Surveillance C for SE and LSD of SE and PD. *Collecting and Analyzing Qualitative Data | Epidemic Intelligence Service | CDC* [Internet]. CDC Centers for Disease Control and Prevention. [cited 2020 Apr 19]. Available from: <https://www.cdc.gov/eis/field-epi-manual/chapters/Qualitative-Data.html#ref1>
 58. Castro D. *La Expansión del VIH y SIDA: Percepciones y respuestas sociales en los Wayuu de Colombia* [Internet]. Universidad de Granada. 2017. Available from: <https://docplayer.es/77540368-Tesis-doctoral-tesis-doctoral.html>
 59. Mills A, Durepos G, Wiebe E. *Program Evaluation and Case Study*. *Encyclopedia of Case Study Research*. 2013.
 60. Creswell J, Poth C. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* [Internet]. Sage Publi. 2017 [cited 2019 Mar 30]. Available from: <http://cort.as/-H4YE>
 61. Schneider ML. *How to Do Your Case Study: A Guide for Students and Researchers*. *Mod Lang J* [Internet]. 2013 Jun [cited 2019 Apr 5];97(2):578–9. Available from:

- http://doi.wiley.com/10.1111/j.1540-4781.2013.12024_8.x
62. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador. Población y Demografía [Internet]. [cited 2019 Apr 5]. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/censo-de-poblacion-y-vivienda/>
 63. Karsten R, Vida LA, Abya-Yala E. La vida y la Cultura de los Shuar [Internet]. Quito-Ecuador; 2000. Available from: https://digitalrepository.unm.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1153&context=abya_yala
 64. Carpentier J. Los achuar y el ecoturismo: ¿una estrategia sostenible para un desarrollo autónomo? Les Achuar et l'écotourisme : une stratégie durable pour un développement autonome ? The Achuar and the ecotourism. A sustainable strategy for self development? Bull l'Institut français d'études Andin. 2014;43(43 (1)):133–58.
 65. Ulin PR, Tolley ET, Robinson EE. Investigación aplicada en salud pública Métodos cualitativos. Organización Panamericana de la Salud, editor. Washington DC; 2006. 1–304 p.
 66. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo del Ecuador. Niveles administrativos de planificación [Internet]. [cited 2019 Apr 10]. Available from: <http://www.planificacion.gob.ec/3-niveles-administrativos-de-planificacion/>
 67. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci*. 2009;4(1):1–15.
 68. Breimaier HE, Heckemann B, Halfens RJG, Lohrmann C. The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): A useful theoretical framework for guiding and evaluating a guideline implementation process in a hospital-based nursing practice. *BMC Nurs* [Internet]. 2015;14(1):1–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12912-015-0088-4>
 69. Kirk MA, Kelley C, Yankey N, Birken SA, Abadie B, Damschroder L. A systematic review of the use of the Consolidated Framework for Implementation Research. *Implement Sci* [Internet]. 2016;11(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s13012-016-0437-z>
 70. Damschroder L, Hall C, Gillon L, Reardon C, Kelley C, Sparks J, et al. The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): progress to date, tools and resources, and plans for the future. *Implement Sci*. 2015;10(S1):2015.
 71. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio Ma del P. Metodología de la Investigación. Mc Graw-Hill, editor. Mexico D.F; 2014. 634 p.
 72. Damschroder LJ, Hagedorn HJ. A guiding framework and approach for implementation research in substance use disorders treatment.

- Psychol Addict Behav [Internet]. 2011 Jun [cited 2019 Apr 21];25(2):194–205. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21443291>
73. Sullivan LE. The SAGE glossary of the social and behavioral sciences. London: SAGE; 2009. 577 p.
 74. Damschroder Laura J, Lowery Julie C. Evaluation of a large-scale weight management program using the consolidated framework for implementation research (CFIR). *Implement Sci.* 2013;8(152):1–17.
 75. CFIR Research Team-Center for Clinical Management Research, North Campus Research Complex, 2800 Plymouth Rd B 16, Ann Arbor M 48109. The Consolidated Framework for Implementation Research | Technical Assistance for users of the CFIR framework [Internet]. [cited 2019 Apr 25]. Available from: <https://cfirguide.org/>
 76. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar y Comunitario (MAIS-FCI). Subsecretaría. Quito-Ecuador: Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y la Red Pública; 2012. 210 p.
 77. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Estrategia Nacional de Inmunizaciones ENI [Internet]. [cited 2020 Apr 22]. Available from: <https://www.salud.gob.ec/programa-ampliado-de-inmunizaciones-pai/>
 78. Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control. Modelo de Gestión de la Estrategia Nacional de Inmunizaciones. Quito-Ecuador: Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2014 p. 34.
 79. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Inmunizaciones para las enfermedades inmunoprevenibles Manual. Estrategia. Quito-Ecuador: Dirección Nacional de Normatización; 2019. 1–79 p.
 80. Estrategia Nacional de Inmunizaciones ENI. Esquema Nacional de Vacunación-Ecuador 2019. Quito-Ecuador; 2019.
 81. Estrategia Nacional de Inmunizaciones ENI. Lineamientos Operativos y Técnicos: Campaña de Vacunación contra la Influenza 2018-2019. Quito-Ecuador; 2018.
 82. Estrategia Nacional de Inmunizaciones ENI. Directrices para la intervención con vacuna contra la fiebre amarilla ante riesgos de enfermedad en provincia de la Región Amazónica del Ecuador. Quito-Ecuador; 2018.
 83. Estrategia Nacional de Inmunizaciones ENI. Lineamientos Operativos y Técnicos: Semana de Vacunación de las Américas Fiebre Amarilla. Quito-Ecuador; 2019.
 84. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Lineamientos operativos para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud

- MAIS. Subsecretaría. Quito-Ecuador: Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y la Red Pública; 2013. 65 p.
85. Ministerio de Salud Pública del Ecuador; Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Representación en Ecuador de la Organización Panamericana de la Salud. Evaluación de la Estrategia Nacional de Inmunizaciones Ecuador 2017. Quito-Ecuador; 2017.
 86. Equipo Técnico de la Dirección de Política y Seguimiento. Intervención Emblemática Misión Ternura. Quito-Ecuador; 2018.
 87. Equipo Técnico CNH Misión Ternura. Norma Técnica MODALIDAD: MISIÓN TERNURA CRECIENDO CON NUESTROS HIJOS CNH [Internet]. Quito-Ecuador; 2018 [cited 2020 Apr 23]. Available from: www.inclusion.gob.ec
 88. Secretaría Técnica Plan Toda una Vida. COMPONENTES MISIÓN TERNURA [Internet]. [cited 2020 Apr 23]. Available from: <https://www.todaunavida.gob.ec/diagnostico-marco-conceptual-mapa-de-actores/>
 89. Dirección Nacional de Normatización. Atención integral a la niñez, Manual. Quito-Ecuador; 2018.
 90. Dirección Nacional de Normatización. Guía para trabajo del componente Comunitario de la estrategia AIEPI. Quito-Ecuador; 2010.
 91. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) Clínico. Cuadro de Procedimientos para niñas y niños de 2 meses a menores de 5 años. Quito-Ecuador; 2019.
 92. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud. PLATAFORMA DE REGISTRO DE ATENCIÓN EN SALUD (PRAS) Manual De Usuario. Quito-Ecuador; 2017.
 93. Dirección Nacional del Primer Nivel de Atención en Salud. Estrategia de Abordaje Médico del Barrio y su Equipo de Atención Integral en Salud. Quito-Ecuador; 2017.
 94. Dirección Nacional del Primer Nivel de Atención en Salud; Subsecretaría Nacional de Provisión de los Servicios de Salud; Viceministerio de Atención Integral en Salud; Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Estrategia de abordaje Médico del Barrio [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 24]. Available from: <https://www.salud.gob.ec/medico-del-barrio-2/>
 95. World Food Program; Ministerio de Salud Pública; Ministerio de Inclusión Económica y Social; Secretaría Técnica Plan Toda una Vida. CERRANDO LA BRECHA DE NUTRIENTES ECUADOR [Internet]. Quito-Ecuador; 2018. Available from:

<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/218-ecuador-fact-sheets.pdf>

96. Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública. Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador 2018-2025. Quito-Ecuador; 2018.
97. Freire WB., Ramírez-Luzuriaga MJ., Belmont P., Mendieta MJ., Silva-Jaramillo MK., Romero N., Sáenz K., Piñeiros P., Gómez LF. MR. Tomo I: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años. ENSANUT-ECU 2012. Quito-Ecuador: Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2012. 722 p.
98. Dirección Nacional de Normatización. Atención Integral en Salud en Contextos Educativos (MAIS-CE). Quito-Ecuador; 2018.
99. Grépin KA, Reich MR. Conceptualizing integration: A framework for analysis applied to neglected tropical disease control partnerships. *PLoS Negl Trop Dis*. 2008;2(4):2–5.
100. Utzinger J, De Savigny D. Control of neglected tropical diseases: Integrated chemotherapy and beyond. *PLoS Med*. 2006;3(5):585–6.
101. Bundy D, Shaeffer S, Jukes M, Beegle K, Gillespie A, Drake L, et al. Chapter 58. School-Based Health and Nutrition Programs. In: *Disease Control Priorities in Developing Countries (2nd Edition)*. 2006. p. 1091–108.
102. Stothard JR, Mook P, Mgeni AF, Khamis IS, Khamis AN, Rollinson D. Control of urinary schistosomiasis on Zanzibar (Unguja Island): A pilot evaluation of the educational impact of the Juma na Kichocho health booklet within primary schools. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 2006;101(SUPPL. 1):119–24.
103. Gyapong JO, Gyapong M, Yellu N, Anakwah K, Amofah G, Bockarie M, et al. Integration of control of neglected tropical diseases into health-care systems: challenges and opportunities. *Lancet* [Internet]. 2010;375(9709):160–5. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61249-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61249-6)
104. Linehan M, Hanson C, Weaver A, Baker M, Kabore A, Zoerhoff KL, et al. INTEGRATED IMPLEMENTATION OF PROGRAMS TARGETING NEGLECTED TROPICAL DISEASES THROUGH PREVENTIVE CHEMOTHERAPY: PROVING THE FEASIBILITY AT NATIONAL-SCALE. 2011 [cited 2020 Aug 13]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK62525/>
105. Choffnes ER, Relman DA, Microbial F. The Causes and Impacts of Neglected Tropical and Zoonotic Diseases. *The Causes and Impacts of Neglected Tropical and Zoonotic Diseases*. 2011.
106. Cofiño Fernández R, Álvarez Muñoz B, Fernández Rodríguez S, Hernández Alba R. Health promotion based on evidence: Do community health programmes really work? *Aten Primaria*

- [Internet]. 2005;35(9):478–83. Available from: <http://dx.doi.org/10.1157/13075472>
107. Estrada Sánchez JP. Facilitadores y barreras en la implementación de los lineamientos de desparasitación antihelmíntica masiva para el control de la geohelmintiasis. Valle del Cauca. Estudio de caso, 2016. Universidad de Antioquia; 2016.
 108. Hautecoeur M, Zunzunegui MV, Vissandjee B. Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala. *Salud Publica Mex.* 2007;49(2):86–93.
 109. Moneyham L, McLeod J, Boehme A, Wright L, Mugavero M, Seal P, et al. Perceived Barriers to HIV Care Among HIV-Infected Women in the Deep South. *J Assoc Nurses AIDS Care* [Internet]. 2010;21(6):467–77. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2010.03.003>
 110. Wang L De, Guo JG, Wu XH, Chen HG, Wang TP, Zhu SP, et al. China's new strategy to block *Schistosoma japonicum* transmission: Experiences and impact beyond schistosomiasis. *Trop Med Int Heal.* 2009;14(12):1475–83.
 111. Asanin J, Wilson K. "I spent nine years looking for a doctor": Exploring access to health care among immigrants in Mississauga, Ontario, Canada. *Soc Sci Med.* 2008;66(6):1271–83.
 112. Nigenda G, Caballero M, González-Robledo LM. Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca. *Salud Publica Mex.* 2009;51(SUPPL.2).
 113. Scherrer AU, Sjöberg MK, Allangba A, Traoré M, Lohourignon LK, Tschannen AB, et al. Sequential analysis of helminth egg output in human stool samples following albendazole and praziquantel administration. *Acta Trop.* 2009;109(3):226–31.
 114. Garba A, Touré S, Dembelé R, Boisier P, Tohon Z, Bosqué-Oliva E, et al. Present and future schistosomiasis control activities with support from the Schistosomiasis Control Initiative in West Africa. *Parasitology.* 2009;136(13):1731–7.
 115. Castell Florit P. Comprensión conceptual y factores que intervienen en el desarrollo de la intersectorialidad. *Rev Cuba Salud Publica.* 2007;33(2):1–13.
 116. Gallardo MDPS. Intersectorialidade, a chave para enfrentar as Desigualdades Sociais em Saúde. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2019;27:e3124.

Anexos

Anexo 1. Dominios y Constructos de CFIR.

| Dominios | Constructos principales |
|--|---|
| <p>Características de la intervención <i>Características de una intervención determinada al momento de ser implementada en un contexto específico, es decir, su adaptación.</i></p> | <p>Origen de la intervención; Creencia de la calidad y fuerza de la evidencia; Ventaja asociada a implementar esta intervención; Grado de adaptabilidad; Pilotaje en una muestra de la organización o su reversibilidad; Complejidad (duración, alcance, número de etapas); Calidad de diseño y presentación de la intervención; Costo asociado.</p> |
| <p>Entorno externo <i>Elementos característicos del entorno en el que está inserta la organización intervenida, como contexto económico, político y social.</i></p> | <p>Necesidades de los pacientes y los recursos para identificarlas Cosmopolitalismo, relación con otras organizaciones; Presión del entorno para realizar la implementación; Políticas externas e incentivos para realizar la intervención.</p> |
| <p>Entorno interno <i>Elementos propios del contexto en el cual la implementación se desarrollará, como rasgos culturales, políticos o estructurales.</i></p> | <p>Características estructurales de la organización; Redes y comunicaciones al interior de la organización; Cultura organizacional; Clima de la implementación, la capacidad para realizar cambios; Preparación material y disposición para realizar la implementación.</p> |
| <p>Características individuales <i>Características de los individuos involucrados en la intervención o en el proceso de la implementación</i></p> | <p>Conocimiento y creencias personales sobre la intervención; Autoeficacia; Etapa individual de cambio o progreso; Identificación personal con la organización; Otros atributos personales (motivación, valores, estilo aprendizaje).</p> |
| <p>Proceso de Implementación <i>Serie de subprocesos interrelacionados que pueden o no ocurrir de forma ordenada, pero que tienen como objetivo último la efectividad de la implementación</i></p> | <p>Planificación de la implementación y la calidad de esta; Involucramiento con la intervención (líderes, agentes internos/externos); Ejecución de la implementación; Evaluación, retroalimentación cualitativa y cuantitativa del proceso.</p> |

Fuente: elaboración propia basado en CFIR (70) propuesto por Damschroder 2009 (traducción libre)

Anexo 2. Información evaluada en la revisión documental de los programas de SP existentes.

| GRUPO DE EDAD | COMPONENTE AL QUE PUEDE INTEGRARSE | MODALIDAD DE DESPARASITACIÓN | | CARACTERÍSTICAS IDEALES PARA INTEGRAR LA ACTIVIDAD DE DESPARASITACIÓN | | | | | | | | | | | |
|---------------|---|------------------------------|-----------|---|-----------------------------|---|----------------------------|--------------------------|------------------|-------------|-------------------|-----------------------|---------------------------|-------------------------------------|------------------------|
| | | Individual | Colectiva | Cubre la misma población en riesgo de HTS | Infraestructura establecida | Frecuencia coincide con rondas de desparasitación | Aceptación de la comunidad | Indicadores establecidos | Recursos humanos | Presupuesto | Rectoría nacional | Promoción y educación | Acceso a zonas marginadas | Capacidad de monitoreo y evaluación | Sistema de información |
| Preescolares | Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) | | | | | | | | | | | | | | |
| | Crecimiento y desarrollo | | | | | | | | | | | | | | |
| | Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) | | | | | | | | | | | | | | |
| | Suplementación alimentaria | | | | | | | | | | | | | | |
| | Suplementación de vitamina A | | | | | | | | | | | | | | |
| | Jardines infantiles | | | | | | | | | | | | | | |
| | Semanas nacionales de salud infantil | | | | | | | | | | | | | | |
| | Semana de Vacunación en las Américas | | | | | | | | | | | | | | |
| | Otros (tuberculosis, malaria, VIH/Sida, saneamiento básico, etc.) | | | | | | | | | | | | | | |
| Escolares | Escuelas Saludables | | | | | | | | | | | | | | |
| | Crecimiento y desarrollo | | | | | | | | | | | | | | |
| | Suplementación alimentaria | | | | | | | | | | | | | | |
| | Semanas nacionales de salud infantil | | | | | | | | | | | | | | |
| | Otros (tuberculosis, malaria, VIH/Sida, saneamiento básico, etc.) | | | | | | | | | | | | | | |

Fuente: Pautas operativas para la puesta en marcha de actividades integradas de desparasitación (10,17)

Anexo 3. Guía para la entrevista CFIR

| | | |
|---|--------------------------------------|--|
| Lugar: | | |
| Participantes | | |
| Observaciones: | | |
| Tiempo: | | |
| Dominio CFIR | Constructo | Preguntas |
| Características de la estrategia de implementación | Evidencia de fuerza y calidad | <p>¿Qué tipo de información o evidencia conoce que muestre si la estrategia de integración funcionará o no en su entorno?</p> <p>¿De qué evidencia has oído hablar respecto a la integración de la QP a programas de SP? Guías de práctica, Literatura publicada, Compañeros de trabajo, Otros.</p> <p>¿Qué tipo de evidencia o evidencia de apoyo se necesitaría para que se considere la integración de la QP en su entorno?</p> |
| | Ventaja relativa | <p>¿Cómo se compara la estrategia de integración vs un programa independiente de desparasitación?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué ventajas tiene la integración en comparación con los programas independientes de desparasitación? • ¿Qué desventajas tiene la integración en comparación con los programas independientes de desparasitación? <p>¿Hay otra estrategia diferente a la integración de la QP que las personas preferirían implementar?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Puedes describir esa estrategia? • ¿Por qué preferiría esa estrategia? |

| | | |
|--------------------------|--|--|
| | Adaptabilidad | <p>¿Qué tipo de cambios o alteraciones crees que necesitarás para implementar la integración para que funcione de manera efectiva en este programa?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Crees que podrás hacer estos cambios? ¿Por qué o por qué no? <p>¿Quién decidirá (o cuál es el proceso para decidir) si los cambios son necesarios para que funcione bien la integración en su programa?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo sabrías si es apropiado realizar algún cambio? <p>¿Hay componentes en su programa que no deben ser alterados?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles no deben ser alteradas? |
| | Pilotaje | <p>¿Crees que sería posible pilotear la integración antes de ponerla en marcha?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Por qué o por qué no? • ¿Sería esto útil? |
| | Complejidad | <p>¿Qué tan complicada crees que es la integración a este programa?</p> <p>Considere los siguientes aspectos de la integración: sistema de información, monitoreo y evaluación, acceso a zonas marginadas, promoción y educación, rectoría, presupuesto, recursos humanos, indicadores, aceptación de la comunidad, infraestructura necesaria.</p> |
| | Costo | <p>¿En qué costos se incurrirá para implementar la integración?</p> |
| Escenario externo | Necesidades y del paciente recursos | <p>¿Cómo cree que las personas atendidas por el programa responderán a la integración?</p> <p>¿Qué barreras enfrentarán las personas a las que sirve su programa para ser beneficiados de la estrategia?</p> |
| | Presión de los pares | <p>¿Puede decirme lo que sabe sobre otras organizaciones que han implementado la integración u otros programas similares?</p> |

| | | |
|--------------------------|--|--|
| | Políticas externas e incentivos | <p>¿Qué tipo de medidas de desempeño, políticas, regulaciones o directrices locales, estatales o nacionales crees que influyen en la decisión de implementar la estrategia de integración?</p> <p>¿Cómo afectará la integración a la capacidad de su programa para cumplir con estas medidas, políticas, regulaciones o directrices?</p> |
| Escenario interno | Características estructurales | <p>¿Cómo afectará la implementación de la integración los procesos de su programa?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo facilitará / dificultará la infraestructura de su programa la implementación de la integración? • ¿Cómo va a trabajar alrededor de los desafíos estructurales? <p>¿Qué tipos de cambios de infraestructura serán necesarios para implementar la integración?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cambios en el alcance de los procesos? ¿Cambios en las políticas del programa? ¿Cambios en los sistemas de información o sistemas de registros electrónicos? ¿Otro? <p>¿Qué tipo de aprobaciones serán necesarias? ¿Quiénes tendrán que participar?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Puede describir el proceso que será necesario para hacer estos cambios? <p>¿Cómo describirías la cultura de tu organización? ¿De su propia ambientación o unidad?</p> <p>¿Cómo cree que la cultura de su organización (creencias generales, valores, supuestos que las personas adoptan) afectará la implementación de la estrategia?</p> |
| | Clima de Implementación | ¿Cuál es el nivel general de receptividad en su programa para implementar la integración de la QP? |
| | Tensión para el cambio | <p>¿Hay una fuerte necesidad de la integración?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Por qué o por qué no? • ¿Otros ven la necesidad de la integración? |

| | | |
|--|--------------------------------|---|
| | Compatibilidad | <p>¿Qué tan bien encaja la integración con los procesos y prácticas de trabajo existentes en su entorno?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son los posibles problemas o complicaciones que pueden surgir? <p>¿Puede describir cómo se integraría la intervención en los procesos actuales?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo interactuará o entrará en conflicto con los programas o procesos actuales? <p>¿La intervención reemplazará o complementará un programa o proceso actual?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿De qué manera? |
| | Objetivos y comentarios | <p>¿En qué medida su organización establece metas para los programas / iniciativas actuales?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se comunican los objetivos en la organización? ¿A quién se comunican? • ¿Puedes dar un ejemplo de un objetivo? ¿Cómo y a quién se comunica? • ¿Se hacen cambios en función de cómo van las cosas? ¿Puede dar un ejemplo? <p>¿Hasta qué punto se monitorean los objetivos organizacionales para el progreso?</p> <p>¿Puede dar un ejemplo de monitoreo en términos del tipo de información, quién está informado y cómo?</p> |
| | Recursos disponibles | <p>¿Espera tener recursos suficientes para implementar y administrar la integración?</p> <ul style="list-style-type: none"> • [Si la respuesta es sí] ¿Con qué recursos cuenta? • ¿Hay otros recursos que recibió o le hubiera gustado recibir? • ¿Qué recursos serán fáciles de conseguir? • [Si, no] ¿Qué recursos no estarán disponibles? |

| | | |
|--|--|--|
| Características de los individuos | Conocimiento y creencias sobre la intervención. | <p>¿Qué sabes sobre la integración de la QP o su implementación?</p> <p>¿Crees que la integración de la QP será efectiva en tu entorno?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Por qué o por qué no? <p>¿Qué tipo de información y materiales sobre la integración ya se han puesto a su disposición?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Con quién hablarías si tienes preguntas sobre la integración o su implementación? |
| | Autoeficacia | <p>¿Cuánta confianza tiene usted de poder lograr la integración en su programa?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué te da ese nivel de confianza (o falta de confianza)? |
| Proceso | Partes interesadas clave | <p>¿Cuál es su estrategia de comunicación o educación (incluye la capacitación) para difundir la integración?</p> <p>¿Quiénes son los individuos clave para implementar la integración?</p> <p>¿Alentaría a su equipo de trabajo a utilizar la integración, para ayudar con la implementación?</p> |

Anexo 4. Guía para el grupo focal

| Constructo CFIR | Preguntas |
|--|---|
| Características de los Individuos | ¿Qué sabe de las parasitosis intestinales? |
| | ¿Qué han hecho para prevenirla o manejarla? |
| | ¿Han realizado la desparasitación? |
| | ¿Cómo la realizan? |
| | ¿Qué piensan de la desparasitación? |
| | ¿Qué piensas respecto de integrar la desparasitación? |

Anexo 5. Criterios de Inclusión y Exclusión CFIR.

| Características de la intervención | |
|---|--|
| A. Percepción de la fuerza y calidad de la evidencia que soporta la estrategia. | <p><u>Definición:</u> Percepción de las partes interesadas sobre la calidad y validez de la evidencia que respalda la creencia de que la innovación tendrá los resultados deseados.</p> <p><u>Criterios de inclusión:</u> Incluya declaraciones sobre el conocimiento de la evidencia y la fuerza y calidad de la evidencia por ejemplo en términos de efectividad, de otras experiencias conocidas, así como la ausencia de evidencia o el deseo de diferentes tipos de evidencia, como resultados piloto en lugar de evidencia de la literatura. Ejemplo: ¿Qué tipo de evidencia de apoyo se necesitaría sobre la efectividad de la intervención para que se impulse el proceso de implementación?</p> <p><u>Criterios de exclusión:</u> Excluir las percepciones de su origen, esta construcción se enfoca en cómo se percibe la evidencia que soporta la estrategia a implementar o que se implementó.</p> |
| B. Ventaja relativa | <p><u>Definición de:</u> Percepción de los interesados sobre la ventaja de implementar la innovación en cuestión versus una solución alternativa.</p> <p><u>Criterios de inclusión:</u> incluya declaraciones que demuestren que la innovación es mejor (o peor) que los programas existentes. Ejemplo: ¿Cómo se compara la intervención con otras alternativas que pueden haber sido consideradas o que usted conoce? ¿Podrías proporcionar ejemplos de los beneficios de la implementación? descripciones de resultados de pilotos locales o regionales para evidenciar la fuerza y la calidad.</p> <p><u>Criterios de exclusión:</u> excluya las declaraciones que demuestren una fuerte necesidad de innovación y / o que la situación actual es insostenible y codifique Tensión para el cambio.</p> |
| C. Adaptabilidad | <p><u>Definición de:</u> El grado en que una innovación se puede adoptar, adaptar, refinar o reinventar para satisfacer las necesidades locales o de cada parte interesada clave en aspectos alrededor de la estrategia pero que influyen en su implementación.</p> <p><u>Criterios de inclusión:</u> Incluya declaraciones sobre la incapacidad de adaptar la innovación a su contexto, por ejemplo, quejas sobre la rigidez del protocolo. Las sugerencias de mejora se pueden capturar en este código, pero no se deben incluir en el proceso de calificación, a menos que esté claro que el participante siente que el cambio es necesario pero que el programa no puede</p> |

adaptarse. Sin embargo, puede ser posible inferir que una gran cantidad de sugerencias para mejorar demuestra falta de compatibilidad, vea los criterios de exclusión a continuación.

Criterios de exclusión: Excluir o duplicar las declaraciones de código de que la innovación necesitaba o no adaptarse a la compatibilidad.

D. Complejidad

Definición: Dificultad percibida de la innovación, reflejada por la duración, el alcance, la radicalidad, la disrupción, la centralidad y el número de pasos necesarios para implementar.

Criterios de inclusión: declaraciones de código con respecto a la complejidad de la innovación en sí. Las intervenciones radicales requieren una reorientación significativa y procesos no rutinarios para producir cambios fundamentales en las actividades de la organización y reflejan una clara desviación de las prácticas existentes. Una forma de determinar la complejidad es evaluando la 'longitud' (el número de subprocesos o pasos secuenciales para usar o implementar una intervención) y la 'amplitud' (número de opciones presentadas en los puntos de decisión). La complejidad también aumenta con un mayor número de posibles unidades organizativas objetivo (equipos, clínicas, departamentos) o tipos de personas (proveedores, pacientes). La capacidad de implementar una intervención de forma incremental (a veces denominada divisibilidad; ver Ejecución) puede influir en la percepción de complejidad. Se identifican componentes técnicos y administrativos siendo estos últimos en ocasiones más complejos.

Criterios de exclusión: Excluya por ejemplo las declaraciones sobre dificultades relacionadas con el espacio estas se codifican en Recursos disponibles y las dificultades relacionadas con la manera como se da la participación. Independientemente del grado de complejidad, los planes de implementación, cronogramas y tareas simples, claros y detallados contribuyen a una implementación exitosa (esto para recomendaciones al respecto si este constructo es una barrera).

E. Costo

Definición: Los costos de la innovación y los costos asociados con la implementación de la innovación, incluida la inversión, la oferta y los costos de oportunidad.

Criterios de inclusión: Incluya declaraciones relacionadas con el costo de la innovación y su implementación. ¿Cuál es su opinión en cuanto a los costos de implementar?; ¿Desde su punto de vista la institución tendría la capacidad financiera para llevar a cabo la implementación?, aspectos

| | |
|---|--|
| | <p>inmanejables económicamente dentro los lineamientos de la estrategia.</p> <p><u>Criterios de exclusión:</u> excluya las declaraciones relacionadas con el espacio físico y el tiempo, y codifique en los recursos disponibles.</p> |
| F. Pilotaje | <p>Definición de: La capacidad de probar la innovación a pequeña escala en la organización, y poder revertir el curso (deshacer la implementación) si se justifica.</p> <p>Criterios de inclusión: incluya declaraciones relacionadas con si el sitio puso a prueba la innovación en el pasado o tiene planes para el futuro, y comentarios sobre si creen que es imposible realizar un piloto.</p> <p>Criterios de exclusión: Excluir o duplicar las descripciones de código del uso de resultados de pilotos locales o regionales para evidenciar la fuerza y la calidad.</p> |
| Entorno externo | |
| A. Necesidades y recursos de la población objetivo. | <p><u>Definición:</u> La organización reconoce, prioriza con precisión las necesidades de las personas atendidas por la organización (p. Ej., Pacientes), así como las barreras y facilitadores para satisfacer esas necesidades.</p> <p><u>Criterios de inclusión:</u> Incluya declaraciones que demuestren (falta de) conciencia de las necesidades y recursos de aquellos atendidos por la organización. Los analistas pueden inferir el nivel de conciencia basándose en declaraciones sobre: 1. La necesidad percibida de la innovación en función de las necesidades de aquellos atendidos por la organización y si la innovación satisfará esas necesidades; 2. Barreras y facilitadores de aquellos atendidos por la organización para participar en la innovación; 3. Comentarios de los participantes sobre la innovación, es decir, satisfacción y éxito en un programa. Además, incluya declaraciones que capturen si el conocimiento de las necesidades y recursos de aquellos atendidos por la organización influyó en la implementación o adaptación de la innovación. ¿En qué medida se consideraron las necesidades y preferencias de las personas atendidas por su organización al decidir implementar la intervención? ¿En qué medida cree que la intervención satisface las necesidades de las personas atendidas</p> <p><u>Criterios de exclusión:</u> excluya las declaraciones que demuestren una fuerte necesidad de innovación y / o que la situación actual es insostenible y codifique Tensión para el cambio.</p> <p>Excluya las declaraciones relacionadas con las estrategias de participación y los resultados, por ejemplo, cómo los</p> |

| | |
|------------------------------------|---|
| | participantes en innovación se involucraron con la innovación. |
| B. Presión de los pares | <p><u>Definición de:</u> Presión mimética (de pares) o competitiva para implementar una innovación, generalmente porque la mayoría u otras organizaciones clave o competidoras ya han implementado o están en una apuesta por una ventaja competitiva.</p> <p><u>Criterios de inclusión:</u> incluya declaraciones sobre la presión percibida o la motivación de otras entidades u organizaciones en el área o sistema geográfico local para implementar la innovación. Existe evidencia de que la presión de adoptar una intervención, independientemente de su percepción de si sus pacientes la necesitan o en respuesta a un problema percibido, influye en la adopción e implementación organizacional. Si los competidores o colegas en otras organizaciones o en otras partes de la misma organización están utilizando una innovación, las personas pueden sentirse obligadas a hacerlo también. Esto se conoce como "presión mimética" o "establecimiento de normas interorganizacionales". Esta presión influye directamente en las decisiones de adopción, pero también puede llegar a la implementación</p> |
| C. Políticas externas e incentivos | <p><u>Definición:</u> Una construcción amplia que incluye estrategias externas para difundir innovaciones, incluyendo políticas y regulaciones (gobierno u otra entidad central), mandatos externos, recomendaciones y pautas, pago por desempeño, colaborativos y público o punto de referencia. informes</p> <p><u>Criterios de inclusión:</u> Incluir descripciones de medidas de desempeño existentes y que hacen actores externos. Greenhalgh, et al describen "directivas políticas" e incluyen "empuje de políticas" y "mandatos externos" y citan evidencia como fuerte (directa o indirecta) para aumentar la motivación, aunque no la capacidad, de las organizaciones para implementar. La amenaza o la realidad de los documentos públicos puede motivar a las organizaciones, especialmente a los que adoptan con retraso, a implementar una intervención. Sin embargo, los informes públicos también pueden tener una influencia negativa si existe una relación de confrontación entre la entidad informante y la organización objetivo.</p> |
| Entorno interno | |
| A. Características estructurales | <p><u>Definición:</u> La arquitectura social, edad, madurez y tamaño de una organización.</p> <p><u>Criterios de inclusión:</u> El número de unidades o departamentos representa la diversidad de conocimiento en una organización. Los equipos más estables son (los</p> |

miembros pueden permanecer con el equipo durante un período de tiempo adecuado; baja rotación), la implementación más probable será exitosa. La intensidad administrativa (la relación entre gerentes y empleados totales) se asocia positivamente con la innovación. Se ha demostrado que la centralización (la concentración de la autonomía en la toma de decisiones) está asociada negativamente con la innovación. El tamaño, la edad, la madurez y el grado de especialización (la singularidad del nicho o mercado para los productos o servicios de la organización) también influyen en la implementación. El tamaño de la organización a veces se usa como proxy de otros determinantes estructurales. El tamaño y la edad de una organización se asocian negativamente con la implementación cuando la estructura burocrática aumenta como resultado.

B. Clima de implementación

Definición: La capacidad de absorción para el cambio, la receptividad compartida de los individuos involucrados a una innovación, y la medida en que el uso de esa innovación será recompensado, apoyado y esperado dentro de su organización.

Criterios de inclusión: Incluir declaraciones sobre el nivel general de receptividad para implementar la innovación. El clima de implementación se compone de: tensión para el cambio, compatibilidad, objetivos y retroalimentación.

Criterios de exclusión: excluya las declaraciones sobre el nivel general de receptividad que se captura en los subcódigos.

1. Tensión para el cambio

Definición: El grado en que las partes interesadas perciben la situación actual como intolerable o que necesita un cambio.

Criterios de inclusión: Incluya declaraciones que no demuestren una fuerte necesidad de la innovación y / o que la situación actual es insostenible, por ejemplo, declaraciones de que la innovación es absolutamente necesaria o que la innovación es redundante con otros programas. Nota: Si un participante declara que la innovación es redundante con un programa existente preferido se puede codificar también en ventaja relativa. Si los interesados locales que están involucrados en la implementación local realmente sienten una Tensión por el Cambio es un antecedente importante para una implementación exitosa, es difícil crear una tensión para el cambio cuando en realidad no existe ningún problema percibido.

| | |
|-----------------------------------|--|
| | <p><u>Criterios de exclusión:</u> Excluya las declaraciones más relacionadas con necesidades y recursos de las personas atendidas por la organización.</p> <p>Excluya las declaraciones que demuestren que la innovación es mejor o peor que los programas existentes y codifique para Ventaja relativa.</p> |
| 2. Compatibilidad | <p><u>Definición:</u> El grado de ajuste tangible entre el significado y los valores vinculados a la innovación por parte de las personas involucradas, cómo se alinean con las propias normas, valores y riesgos y necesidades percibidos de las personas, y cómo la innovación se ajusta a los flujos y sistemas de trabajo existentes.</p> <p><u>Criterios de inclusión:</u> incluya declaraciones que demuestren el nivel de compatibilidad que tiene la innovación con los valores organizacionales y los procesos de trabajo. Incluya declaraciones de que la innovación necesitaba o no ser adaptada como evidencia de compatibilidad o falta de compatibilidad. La percepción de que encajaba con la misión organizativa y profesional, las competencias básicas y la experiencia era un factor importante para predecir la implementación exitosa.</p> <p><u>Criterios de exclusión:</u> Excluir o duplicar las declaraciones de código con respecto a la prioridad de la innovación basada en la compatibilidad con los valores de la organización, por ejemplo, si una innovación no tiene prioridad porque no es compatible con los valores de la organización.</p> |
| 3. Objetivos y retroalimentación. | <p><u>Definición:</u> El grado en que las metas se comunican, actúan y retroalimentan claramente al personal y la alineación de esa retroalimentación con las metas. Una característica importante de muchos modelos de cambio de comportamiento individual es establecer objetivos y recibir retroalimentación sobre el progreso.</p> <p><u>Criterios de inclusión:</u> incluye comentarios con respecto a los objetivos trazados. Incluya declaraciones relacionadas con la (falta de) alineación de los objetivos de implementación e innovación con objetivos más grandes en el Sistema o en la organización, así como comentarios al personal con respecto a esos objetivos, por ejemplo, auditorías regulares y comentarios que muestren cualquier brecha entre el estado organizacional actual y el estado futuro objetivo o meta. Los objetivos y la retroalimentación incluyen procesos organizativos y estructuras de apoyo independientes del proceso mismo de implementación. Las partes interesadas no pueden tomar medidas correctivas sin una retroalimentación suficiente que esté estrechamente relacionada con los objetivos que son importantes para ellos. El establecimiento de objetivos proporciona un punto de referencia que permite a las personas evaluar si la intervención está creando valor o</p> |

no. Las metas incrementales menos agresivas y las metas que son específicas y alcanzables aumentarán la efectividad de la implementación. El apoyo de los líderes es más probable si se mantienen involucrados e informados sobre la implementación.

Criterios de exclusión: El enfoque aquí está específicamente relacionado con los esfuerzos de implementación. La evaluación incluye formas tradicionales de retroalimentación, como informes, gráficos y retroalimentación cualitativa e historias anecdóticas de éxito. Los objetivos deben ser específicos, medibles, alcanzables, relevantes y oportunos.

C. Recursos disponibles

Definición de: El nivel de recursos dedicados para la implementación y las operaciones continuas, incluido el espacio físico y el tiempo.

Criterios de inclusión: Incluir declaraciones relacionadas con la presencia o ausencia de recursos específicos para la innovación que se está implementando.

Criterios de exclusión: excluya las declaraciones relacionadas con la capacitación y la educación

Características de los individuos

A. Conocimiento y creencias sobre la estrategia

Definición: Actitudes y valor de las personas hacia la innovación, así como la familiaridad con los hechos, verdades y principios relacionados con la innovación. Los niveles de habilidad reflejan la efectividad del entrenamiento.

Exclusión: Excluir declaraciones relacionadas con la familiaridad y con la evidencia sobre la innovación en el código de Evidencia Fuerza y Calidad.

B. Percepción de autoeficacia

Definición de: Creencia individual en sus propias capacidades para ejecutar cursos de acción para lograr los objetivos de implementación.

Proceso

A. Actores clave en la implementación

Definición: Individuos de la organización que se ven directamente afectados por la innovación, por ejemplo, el personal responsable de hacer derivaciones a un nuevo programa o utilizar un nuevo proceso de trabajo, cómo las partes interesadas clave se involucraron con la innovación y cuál es su papel en la implementación.

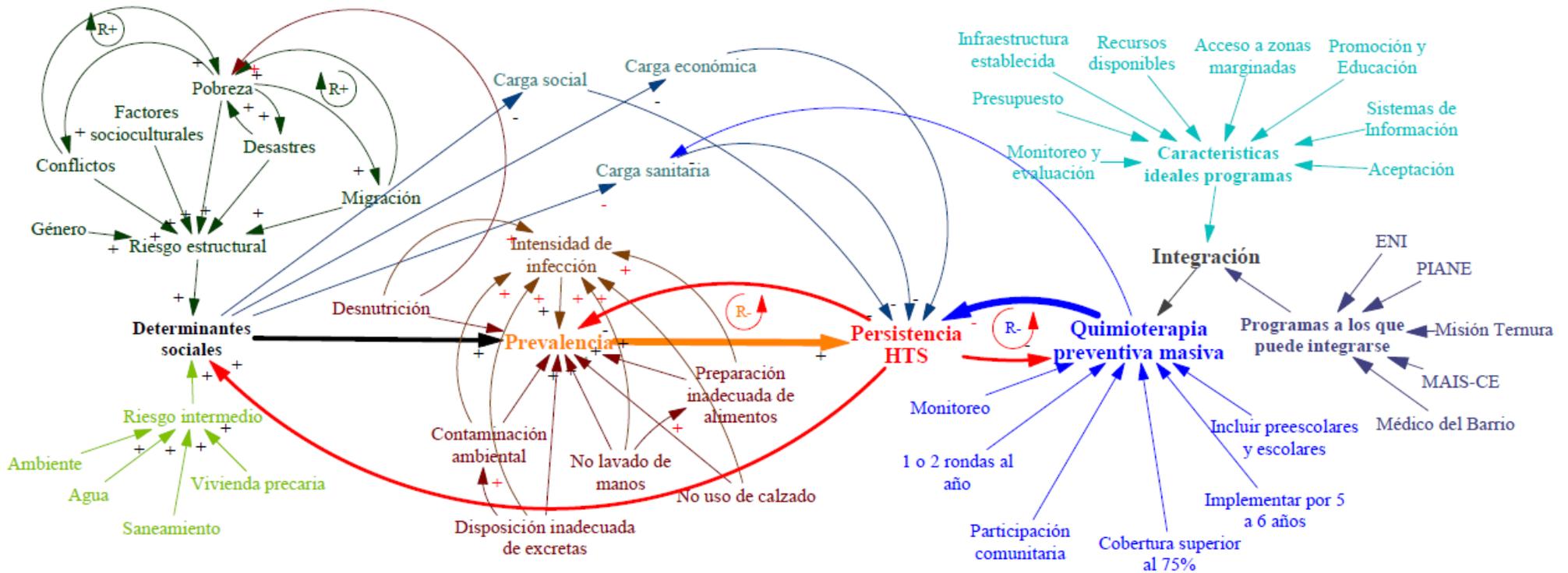
Criterios de inclusión: Incluya declaraciones relacionadas con estrategias y resultados de participación, por ejemplo, cómo las partes interesadas clave se involucraron con la innovación y cuál es su papel en la implementación. Nota: Aunque tanto las estrategias como los resultados se codifican aquí, el resultado de los esfuerzos para involucrar

al personal determina la calificación, es decir, si hay intentos repetidos de involucrar a las partes interesadas clave que no tienen éxito, el constructo recibe una calificación negativa.

Criterios de exclusión: excluya las declaraciones relacionadas con el acceso de los líderes de implementación y los usuarios al conocimiento y la información sobre el uso del programa, es decir, la capacitación sobre la mecánica del programa.

Fuente: Traducción libre basado en CFIR (70) propuesto por Damschroder 2009, disponible en:
<https://cfirguide.org/evaluation-design/qualitative-data/>

Anexo 6. Modelo causal para la integración de las actividades de desparasitación para el control de las HTS en Ecuador 2020.



Fuente: Elaboración propia

Anexo 7. Consentimiento Informado para la entrevista

| | |
|--|---|
| Formulario de consentimiento informado entrevista semiestructurada |  <p style="text-align: center;">UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA 1803</p> |
| Investigación: Identificación de barreras y facilitadores para la integración de la QP como estrategia para el control de las HTS en niños de 1 a 14 años, en los programas de SP existentes en el cantón Taisha, provincia de Morona Santiago, Ecuador 2019. | |
| Favor tener en cuenta | |
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Le estamos pidiendo que participe en un estudio. ➤ Usted no tiene que participar en el estudio. ➤ Si dice que sí, puede dejar de participar en el estudio en cualquier momento. ➤ Por favor tome todo el tiempo que necesite para decidir. ➤ Su filiación laboral no cambiará de manera alguna si dice que no | |
| <p>*Aviso legal: La información contenida en este documento, será para el uso exclusivo de la Facultad Nacional de SP "Héctor Abad Gómez" de la Universidad de Antioquia. El investigador principal será responsable por su custodia y conservación en razón de que contiene información de carácter confidencial o privilegiada. Esta información no podrá ser reproducida total o parcialmente, salvo autorización expresa de los investigadores.</p> | |

Información relevante para su participación en la investigación.

1. ¿Para qué se firma este documento?

R: Lo firma para poder participar en el estudio arriba descrito cuya duración será de un año. financiado por el Programa Especial para la Investigación y Capacitación en las Enfermedades Tropicales (TDR) en asocio con la Universidad de Antioquia

2. ¿Por qué se está realizando esta investigación?

R: Queremos identificar de barreras y facilitadores para la integración de la QP como estrategia para el control de las HTS en niños de 1 a 14 años, en los programas de SP existentes en el cantón Taisha, provincia de Morona Santiago. Este estudio nos ayudará a conocer las percepciones de los encargados de los programas de SP a los que puede integrarse la QP para las HTS, en 3 niveles de análisis: distrital, zonal y nacional; con la finalidad de brindar aportes para la toma de decisiones basadas en la evidencia para la prevención y control de las HTS en el territorio nacional.

3. ¿Qué pasa si digo "sí, quiero participar en el estudio"? Si dice que sí:

R: Le preguntaremos sobre algunas de las siguientes categorías: adaptabilidad, conocimiento de la integración, costos, infraestructura del programa, recursos humanos, etc.

Realizaremos una entrevista con preguntas para que usted las conteste sobre el tópico del proceso de implementación de la estrategia, consignando la información en archivos de audio. Estas preguntas no tienen respuestas correctas o incorrectas. Puede saltar cualquier pregunta si no quiere contestarla.

4. ¿Cuánto tiempo tomará el estudio?

R: El estudio tomará alrededor de 60 a 90 minutos de su tiempo. Cabe señalar que, por la extensión de la guía para la entrevista semiestructurada, en caso de ser necesario se procederá a citar una segunda vez a los participantes, para continuar con la entrevista de los dominios y constructos que no se lograron abarcar en la primera reunión.

5. ¿Qué pasa si digo "no quiero participar en el estudio"?

R: Nadie le tratará de manera diferente. A usted no se le penalizará. No perderá ningún beneficio laboral o goce de sueldo.

6. ¿Qué pasa si digo que sí, pero cambio de opinión más tarde?

R: Usted puede dejar de participar en el estudio en cualquier momento. A usted no se le penalizará.

7. ¿Quién verá mis respuestas?

R: Las únicas personas autorizadas para ver sus respuestas son las que trabajan en el estudio y las que se aseguran de que éste se realice de manera correcta. Entre ellas están la Universidad de Antioquia y el Programa Especial para la Investigación y Capacitación en las Enfermedades Tropicales (TDR).

Sus respuestas (escritas y/o en audio) de la entrevista y una copia firmada de este documento se mantendrán bajo llave en nuestros archivos.

Cuando compartamos los resultados del estudio, o se someta un artículo para su publicación, no incluiremos su nombre. Haremos todo lo posible para que nadie fuera del estudio sepa que usted participó en él.

8. ¿Me costará algo participar en el estudio?

R: No.

9. Participar en el estudio, ¿me ayudará de alguna manera?

R: Participar en este estudio no le ayudará, pero podría ayudar a mejorar las estrategias de prevención y control de los helmintos transmitidos por el suelo a nivel nacional.

10. Participar en este estudio, ¿podría ser malo para mí, de alguna manera?

R: Sí. Existe una posibilidad de que:

- Alguien pudiera enterarse de que usted participó en este estudio y llegar a saber algo sobre usted que usted no quería que supiera.
- Podría tener un problema legal si nos cuenta sobre un delito, como una mala utilización de recursos financieros o de la información de la entidad, que tendremos que reportar.

Haremos todo lo posible para proteger su privacidad y anonimato, si usted es funcionario público le informamos que este proyecto no constituye una evaluación de desempeño ni una auditoria de supervisión de su trabajo, por lo que en lo posible no se revelara su nombre ni su cargo con la finalidad de precautelar su privacidad dentro de la jerarquía existente en su trabajo y no ocasionarle problemas posteriores.

11. ¿Qué debo hacer si tengo preguntas?

R: Por favor llame al investigador principal del estudio, Jaime Wladimir Angamarca Iguago teléfono: +57 3015305430, email: jaime.angamarca@udea.edu.co - edwin.gonzalez@udea.edu.co si:

- Tiene alguna pregunta sobre el estudio.
- Tiene preguntas sobre sus derechos.
- Cree que se ha vulnerado su privacidad de alguna manera por participar en este estudio.

Puede enviar un correo a la oficina encargada de investigaciones maestriaepidemiologiatdr@udea.edu.co, para preguntar sobre este estudio.

Recuerde que también puede comunicarse con el presidente del Comité de Ética de la Investigación, Margarita María Montoya Montoya al correo eticasaludpublica@udea.edu.co

12. ¿Tengo que firmar este documento?

R: No. Fírmelo solamente si desea participar en el estudio.

13. ¿Qué debo hacer si quiero participar en el estudio?

R: Tiene que firmar este documento. Le entregaremos una copia.
Al firmar este documento está diciendo que:
Está de acuerdo con participar en el estudio.
Le hemos explicado la información que contiene este documento y hemos contestado todas sus preguntas.
Usted sabe que:
No tiene que contestar preguntas que no quiera contestar.
En cualquier momento, puede dejar de contestar nuestras preguntas y no le pasará nada.

Puede llamar a la oficina encargada de investigaciones ubicada en la Facultad Nacional de SP-Universidad de Antioquia (teléfono: 219 6885, Dirección: Cl 62 # 52 - 59 Of. 414) si tiene alguna pregunta sobre el estudio o sobre sus derechos.

Yo, _____ identificado (a) con el documento _____ de _____ por voluntad propia doy mi consentimiento para la participación en la entrevista de la investigación denominada : **Identificación de barreras y facilitadores para la integración de la QP como estrategia para el control de las HTS en niños de 1 a 14 años, en los programas de SP existentes en el cantón Taisha, provincia de Morona Santiago, Ecuador 2019**, que está llevando a cabo el estudiante de Maestría en Epidemiología de la Universidad de Antioquia Jaime Wladimir Angamarca Iguago, identificado con Cedula de Ciudadanía 103319868, auspiciada por el Programa Especial para la Investigación y Capacitación en las Enfermedades Tropicales (TDR) de la Organización Mundial de la Salud.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del estudio y el propósito de la realización de entrevistas semiestructuradas. También recibí información sobre la forma y el tiempo para llevar a cabo las actividades.

Así mismo, me han informado que esta investigación es únicamente con fines académicos y que mis respuestas no serán publicadas sin mi autorización.

Doy mi consentimiento para que los resultados sean conocidos por parte de la Facultad Nacional de SP "Hector Abad Gomez" de la Universidad de Antioquia.

Hago constar que he leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que, en constancia de ello, firmo y acepto su contenido.

Su nombre

Su firma

Fecha

Si otra persona firma este formulario a nombre del participante, explique por qué:

Nombre del representante legal

Firma de la persona

Fecha consentimiento en representación del sujeto

Relación o parentesco: _____

Nombre de la persona que explica el consentimiento.

Firma de la persona que explica el consentimiento

Fecha

Consentimiento Informado para el grupo focal con TAP´s y Profesores

| | |
|---|--|
| Formulario de consentimiento informado para el grupo focal |  <p>UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA 1803</p> |
| Investigación: Identificación de barreras y facilitadores para la integración de la QP como estrategia para el control de las HTS en niños de 1 a 14 años, en los programas de SP existentes en el cantón Taisha, provincia de Morona Santiago, Ecuador 2019. | |
| Favor tener en cuenta | |
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Le estamos pidiendo que participe en un estudio. ➤ Usted no tiene que participar en el estudio. ➤ Si dice que sí, puede dejar de participar en el estudio en cualquier momento. ➤ Por favor tome todo el tiempo que necesite para decidir. ➤ Su filiación laboral no cambiará de manera alguna si dice que no | |
| <p>*Aviso legal: La información contenida en este documento, será para el uso exclusivo de la Facultad Nacional de SP "Héctor Abad Gómez" de la Universidad de Antioquia. El investigador principal será responsable por su custodia y conservación debido a que contiene información de carácter confidencial o privilegiada. Esta información no podrá ser reproducida total o parcialmente, salvo autorización expresa de los investigadores.</p> | |

Información relevante para su participación en la investigación.

1. ¿Para qué se firma este documento?

R: Lo firma para poder participar en el estudio arriba descrito cuya duración será de un año. financiado por el Programa Especial para la Investigación y Capacitación en las Enfermedades Tropicales (TDR) en asocio con la Universidad de Antioquia

2. ¿Por qué se está realizando esta investigación?

R: Queremos identificar de barreras y facilitadores para la integración de la QP como estrategia para el control de las HTS en niños de 1 a 14 años, en los programas de SP existentes en el cantón Taisha, provincia de Morona Santiago. Este estudio nos ayudará a conocer las percepciones de los encargados de los programas de SP a los que puede integrarse la QP para las HTS, en 3 niveles de análisis: distrital, zonal y nacional; con la finalidad de brindar aportes para la toma de decisiones basadas en la evidencia para la prevención y control de las HTS en el territorio nacional.

3. ¿Qué pasa si digo "sí, quiero participar en el estudio"? Si dice que sí:

R: Le preguntaremos sobre algunas de las siguientes categorías: conocimiento respecto a las parasitosis, como la previenen o controlan, métodos de desparasitación, percepciones respecto a la de parasitación, opinión respecto a integrar la desparasitación a los programas de SP existentes.

Realizaremos un grupo focal con preguntas para que usted las conteste sobre los programas preventivos de desparasitación existentes en el cantón, consignando la información en archivos de audio. Estas preguntas no tienen respuestas correctas o incorrectas. Puede saltar cualquier pregunta si no quiere contestarla.

4. ¿Cuánto tiempo tomará el grupo focal?

R: La conversación grupal tomará alrededor de dos horas.

5. ¿Qué pasa si digo "no quiero participar en el estudio"?

R: Nadie le tratará de manera diferente. A usted no se le penalizará.

6. ¿Qué pasa si digo que sí, pero cambio de opinión más tarde?

R: Usted puede dejar de participar en el estudio en cualquier momento. A usted no se le penalizará.

7. ¿Quién verá mis respuestas?

R: Las únicas personas autorizadas para ver sus respuestas son las que trabajan en el estudio y las que se aseguran de que éste se realice de manera correcta. Entre ellas están la Universidad de Antioquia y el Programa Especial para la Investigación y Capacitación en las Enfermedades Tropicales (TDR).

Sus respuestas (escritas y/o en audio) del grupo focal y una copia firmada de este documento se mantendrán bajo llave en nuestros archivos. Su identificación no será revelada en ningún momento, para fines de análisis tendrá un código aleatorio.

Cuando compartamos los resultados del estudio, o se someta un artículo para su publicación, no incluiremos su nombre. Haremos todo lo posible para que nadie fuera del estudio sepa que usted participó en él.

8. ¿Me costará algo participar en el estudio?

R: No.

9. Participar en el estudio, ¿me ayudará de alguna manera?

R: Participar en este estudio podría contribuir a mejorar las estrategias de prevención y control de los helmintos en niños entre 1 a 14 años transmitidos por el suelo a nivel nacional.

10. Participar en este estudio, ¿podría ser malo para mí, de alguna manera?

R: Sí. Existe una posibilidad de que:

- Alguien pudiera enterarse de que usted participó en este estudio y llegar a saber algo sobre usted que usted no quería que supiera.
- Podría tener un problema legal si nos cuenta sobre un delito, como una mala utilización de recursos financieros o de la información de la entidad, que tendremos que reportar.

Haremos todo lo posible para proteger su privacidad y anonimato, si usted es funcionario público le informamos que este proyecto no constituye una evaluación de desempeño ni una auditoria de supervisión de su trabajo, por lo que en lo posible no se revelara su nombre ni su cargo con la finalidad de precautelar su privacidad dentro de la jerarquía existente en su trabajo y no ocasionarle problemas posteriores.

11. ¿Qué debo hacer si tengo preguntas?

R: Por favor llame al investigador principal del estudio, Jaime Wladimir Angamarca Iguago teléfono: +57 3015305430, email: jaime.angamarca@udea.edu.co - edwin.gonzalez@udea.edu.co si:

- Tiene alguna pregunta sobre el estudio.
- Tiene preguntas sobre sus derechos.
- Cree que se ha vulnerado su privacidad de alguna manera por participar en este estudio.

Puede enviar un correo a la oficina encargada de investigaciones maestriaepidemiologiatdr@udea.edu.co, para preguntar sobre este estudio.

Recuerde que también puede comunicarse con el presidente del Comité de Ética de la Investigación, Margarita María Montoya Montoya al correo eticasaludpublica@udea.edu.co

14. ¿Tengo que firmar este documento?

R: No. Fírmelo solamente si desea participar en el estudio.

15. ¿Qué debo hacer si quiero participar en el estudio?

R: Tiene que firmar este documento. Le entregaremos una copia.

Al firmar este documento está diciendo que:

Está de acuerdo con participar en el estudio.

Le hemos explicado la información que contiene este documento y hemos contestado todas sus preguntas.

Usted sabe que:

No tiene que contestar preguntas que no quiera contestar.

En cualquier momento, puede dejar de contestar nuestras preguntas y no le pasará nada.

Puede llamar a la oficina encargada de investigaciones ubicada en la Facultad Nacional de SP-Universidad de Antioquia (teléfono: 219 6885, Dirección: CI 62 # 52 - 59 Of. 414) si tiene alguna pregunta sobre el estudio o sobre sus derechos.

Yo, _____ identificado (a) con el documento _____ de _____ por voluntad propia doy mi consentimiento para la participación en el grupo focal de la investigación denominada : **Identificación de barreras y facilitadores para la integración de la QP como estrategia para el control de las HTS en niños de 1 a 14 años, en los programas de SP existentes en el cantón Taisha, provincia de Morona Santiago, Ecuador 2019**, que está llevando a cabo el estudiante de Maestría en Epidemiología de la Universidad de Antioquia Jaime Wladimir Angamarca Iguago, identificado con Cedula de Ciudadanía 103319868, auspiciada por el Programa Especial para la Investigación y Capacitación en las Enfermedades Tropicales (TDR) de la Organización Mundial de la Salud.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del estudio y el propósito de la realización del grupo focal. También recibí información sobre la forma y el tiempo para llevar a cabo las actividades.

Así mismo, me han informado que esta investigación es únicamente con fines académicos y que mis respuestas no serán publicadas sin mi autorización.

Doy mi consentimiento para que los resultados sean conocidos por parte de la Facultad Nacional de SP" Hector Abad Gomez" de la Universidad de Antioquia.

Hago constar que he leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que, en constancia de ello, firmo y acepto su contenido.

Su nombre

Su firma

Fecha

Si otra persona firma este formulario a nombre del participante, explique por qué:

Nombre del representante legal

Firma de la persona

Fecha consentimiento en representación del sujeto

Relación o parentesco: _____

Nombre de la persona que explica el consentimiento.

Firma de la persona que explica el consentimiento

Fecha

Consentimiento Informado para el grupo focal con Acudientes, con el título de la investigación ajustado para facilitar la comprensión de los participantes.

| | |
|---|---|
| Formulario de consentimiento informado para el grupo focal |  |
| Investigación: Identificación de situaciones negativas y positivas para incluir un tratamiento contra los parásitos en niños de 1 a 14 años en los programas de salud del Cantón Taisha provincia de Morona Santiago, Ecuador 2019. | |
| Favor tener en cuenta | |
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Le estamos pidiendo que participe en este estudio. ➤ Usted no tiene que participar de manera obligada en el estudio. ➤ Si dice que sí, puede dejar de participar en el estudio en cualquier momento. ➤ Por favor tome todo el tiempo que necesite para decidir. ➤ Si dice que no, esto no le traerá ningún problema. | |
| <p>*Aviso legal: La información contenida en este documento, solo será utilizada para esta investigación, la cual ha sido aprobada por la Facultad Nacional de SP "Héctor Abad Gómez" de la Universidad de Antioquia. Yo, Jaime Wladimir Angamarca Iguago con cedula de ciudadanía 1003319868 de Ecuador soy el investigador principal y seré responsable de su custodia y conservación debido a que contiene información de carácter confidencial o privilegiada.</p> | |

Información importante para su participación en la investigación.

1. ¿Para qué se firma este documento?

R: Lo firma para autorizar su participación en este estudio, cuya duración será de un año. Este estudio ha sido apoyado económicamente por el Programa Especial para la Investigación y Capacitación en las Enfermedades Tropicales (TDR) de la Organización Mundial de la Salud, en conjunto con la Universidad de Antioquia.

2. ¿Por qué se está realizando esta investigación?

R: Queremos identificar aspectos positivos y negativos para incluir un tratamiento contra los parásitos en niños de 1 a 14 años en los programas de salud del Cantón Taisha. Este estudio nos ayudará a conocer su opinión en cuanto los parásitos que afectan a los niños, que opciones de tratamiento utilizan en su casa y comunidad, y también como le gustaría que se llevaran a cabo los programas de salud contra los parásitos en los niños en su cantón.

3. ¿Qué pasa si digo "sí, quiero participar en el estudio"? Si dice que sí:

R: Le preguntaremos sobre su conocimiento y experiencias con las enfermedades causadas por parásitos, como previenen o tratan estas enfermedades y como le gustaría que se llevaran a cabo los programas de salud contra los parásitos en los niños en su cantón.

Para ello, realizaremos una reunión con padres de familia de su comunidad para conversar entre todos los temas anteriores. Todas sus opiniones son importantes, no hay respuestas buenas o malas. Puede decidir no participar en cualquier momento.

Es importante que sepa que la conversación será grabada en audio, y se tomarán algunas fotos, previo su aceptación.

4. ¿Cuánto tiempo tomará el grupo focal?

R: La reunión en grupo tomará unas dos horas.

5. ¿Qué pasa si digo que “no quiero participar en el estudio” o si “cambio de opinión más tarde”?

R: No le pasará nada, usted es libre de participar o no en cualquier momento.

6. ¿Quién verá mis respuestas?

R: Las únicas personas que verán sus respuestas son las personas que trabajan en el estudio y las que se aseguran de que éste se realice de manera correcta. Entre ellas están la Universidad de Antioquia y el Programa Especial para la Investigación y Capacitación en las Enfermedades Tropicales (TDR).

Sus respuestas grabadas y luego llevadas al papel por escrito no tendrán su nombre o algo que lo identifique. Su identificación nunca será revelada, se le inventará un código cualquiera para poderlas analizar.

Cuando compartamos los resultados del estudio, no incluiremos su nombre. Haremos todo lo posible para que nadie fuera del estudio sepa que usted participó en él.

7. ¿Me costará algo participar en el estudio?

R: No.

8. Participar en el estudio, ¿me ayudará de alguna manera?

R: Participar en este estudio ayudaría a mejorar los programas de salud en Ecuador para prevenir los parásitos en su comunidad, en especial en los niños de 1 a 14 años.

9. Participar en este estudio, ¿podría ser malo para mí, de alguna manera?

R: Puede que alguien se entere de que usted participó y comentó algo que no quería que se supiera.

Que a los demás en el grupo participante o en su comunidad no le gusten sus comentarios y se generen momentos incómodos.

Por eso, le recordamos que puede dejar de participar cuando guste y sus respuestas serán siempre guardadas y analizadas sin su identificación. Cuidaremos siempre su privacidad y procederemos con responsabilidad en cualquier caso que se necesite.

11. ¿Qué debo hacer si tengo preguntas?

R: Por favor llame al investigador principal del estudio, Jaime Wladimir Angamarca Iguago teléfono: +57 3015305430, email: jaime.angamarca@udea.edu.co - edwin.gonzalez@udea.edu.co si:

- Tiene alguna pregunta sobre el estudio.
- Tiene preguntas sobre sus derechos.
- Cree que se ha afectado su intimidad de alguna manera por participar en este estudio.

Puede enviar un correo a la oficina encargada de investigaciones maestriaepidemiologiadr@udea.edu.co, para preguntar sobre este estudio.

Recuerde que también puede comunicarse con el presidente del Comité de Ética de la Investigación, Margarita María Montoya Montoya al correo eticasaludpublica@udea.edu.co

12. ¿Tengo que firmar este documento?

R: No. Fírmelo solamente si desea participar en el estudio.

13. ¿Qué debo hacer si quiero participar en el estudio?

R: Tiene que firmar este documento. Le entregaremos una copia.

Al firmar este documento está diciendo que:

Está de acuerdo con participar en el estudio.

Le hemos explicado la información que contiene este documento y hemos contestado todas sus preguntas.

Usted sabe que:

No tiene que contestar preguntas que no quiera contestar.
En cualquier momento, puede dejar de contestar nuestras preguntas y no le pasará nada.

Puede llamar a la oficina encargada de investigaciones ubicada en la Facultad Nacional de SP-Universidad de Antioquia (teléfono: 219 6885, Dirección: CI 62 # 52 - 59 Of. 414) si tiene alguna pregunta sobre el estudio o sobre sus derechos.

Yo, _____ identificado (a) con el documento _____ de _____ por voluntad propia doy mi consentimiento para la participación en el grupo focal de la investigación denominada : **Identificación de situaciones negativas y positivas para incluir un tratamiento contra los parásitos en niños de 1 a 14 años en los programas de salud del Cantón Taisha provincia de Morona Santiago, Ecuador 2019**, que está llevando a cabo el estudiante de Maestría en Epidemiología de la Universidad de Antioquia Jaime Wladimir Angamarca Iguago, identificado con Cedula de Ciudadanía 103319868, auspiciada por el Programa Especial para la Investigación y Capacitación en las Enfermedades Tropicales (TDR) de la Organización Mundial de la Salud.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objetivo del estudio y el propósito de la realización de la reunión grupal. También recibí información sobre la forma y el tiempo para llevar a cabo las actividades.

Así mismo, me han informado que esta investigación es únicamente con fines académicos y que mis respuestas no serán publicadas sin mi autorización.

Doy mi consentimiento para que los resultados sean conocidos por parte de la Facultad Nacional de SP" Hector Abad Gomez" de la Universidad de Antioquia.

Hago constar que he leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que, en constancia de ello, firmo y acepto su contenido.

Su nombre

Su firma

Fecha

Si otra persona firma este formulario a nombre del participante, explique por qué:

Nombre del representante legal

Firma de la persona

Fecha consentimiento en representación del sujeto

Relación o parentesco: _____

Nombre de la persona que explica el consentimiento.

Firma de la persona que explica el consentimiento

Fecha

Anexo 8. Carta Apoyo

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

DIRECCIÓN NACIONAL DE ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL

Quito, 10 de abril de 2020

Investigador

JAIME WLADIMIR ANGAMARCA IGUAGO

Grupo de Epidemiología

Facultad Nacional de Salud Pública

Universidad de Antioquia

Medellín- Colombia

Presente. –

Con un cordial saludo, por medio de la presente me permito informarle que la Estrategia Nacional de Enfermedades Metaxénicas y Zoonóticas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador respalda la propuesta de investigación denominada:

“INTEGRACIÓN DE LA QUIMIOTERAPIA PREVENTIVA COMO ESTRATEGIA PARA EL CONTROL DE LAS GEOHELMINTIASIS EN NIÑOS DE 1 A 14 AÑOS, EN LOS PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA EXISTENTES EN EL CANTÓN TAISHA, PROVINCIA DE MORONA SANTIAGO, ECUADOR 2020-2022”.

El cual tuvo una primera fase realizada entre agosto de 2018 y enero de 2020, donde se identificaron barreras y facilitadores para integrar las actividades de desparasitación en el cantón Taisha, con actores involucrados en diferentes niveles del sistema de salud ecuatoriano que asegurara la pertinencia y la relevancia de este abordaje.

El proyecto en mención involucra acciones y población prioritaria para el país, en especial la región amazónica con prevalencias superiores al 50% de helmintos transmitidos por el suelo, esta región ha presentado diferentes retos para lograr las coberturas esperadas de desparasitación, por lo cual todos los esfuerzos encaminados a mejorar las condiciones de salud de esta población responden a nuestros objetivos de salud pública. En medio de la crisis sanitaria por COVID-19 se podría invisibilizar el problema y a su vez su implementación podría reducir la demanda y gastos por atención en salud derivados de las parasitosis cuyas acciones preventivas son efectivas y de costo mínimos siempre y cuando se aprovechen las capacidades instaladas en el cantón.

Se plantea facilitar en el marco de las posibilidades que permiten la norma y planes del país, el apoyo y la supervisión para el correcto desarrollo del proyecto a

ejecutarse. Dentro del apoyo considerado se encuentra el suministro completo y oportuno del medicamento (Albendazol 200mg y 400mg) que se utiliza para el control de las geohelminthiasis a nivel nacional; para ello se está gestionando con la Organización Panamericana de la Salud -OPS- la donación de unas 20.000 dosis aproximadamente que se emplearán para la implementación de este proyecto en el cantón Taisha.

Particular que pongo en su conocimiento para los fines pertinentes.

Atentamente,



MD. JAEN CARLOS CAGUA ORDÓÑEZ

Responsable Nacional de la Estrategia de Enfermedades Metaxénicas y Zoonóticas
Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control
Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Anexo 9. Aprobación Comité de Ética y Comité de Progr



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
Héctor Abad Gómez

21030002 - 00297 – 2019

Comité de Ética de la Investigación
Centro de Investigación
Facultad Nacional de Salud Pública

Certificación

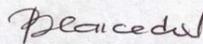
El Comité de Ética de la Investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública, en la sesión 220 del 11 de octubre de 2019, revisó y avaló en sus componentes éticos e instrumentos a emplear el proyecto ***Identificación de barreras y facilitadores para la integración de la quimioterapia preventiva como estrategia para el control de las geohelmintiasis en niños de 1 a 14 años, en los programas de salud pública existentes en el cantón Taisha, provincia de Morona Santiago, Ecuador 2019.***

El comité da aval al proyecto en la categoría de riesgo mínimo según la Resolución 8430 del Ministerio de Salud.

El proyecto de investigación cuenta con consentimiento informado según lo establecido en los artículos 15 y 16 de la Resolución 8430 de 1993.

Atentamente,


MARGARITA MONTOYA M.
Presidente


BEATRIZ CAICEDO VELÁSQUEZ
Secretaria

Proyectó: Jhon Smith Arenas– Asistente Administrativo CEI
Teléfono: 219 68 37
Correo electrónico: eticasaludpublica@udea.edu.co

21040004-MEPI-334-2019

Medellín, 12 de septiembre de 2019

Estudiante
JAIME WLADIMIR ANGAMARCA IGUANGO
Maestría en Epidemiología
Cohorte 17-TDR
Presente

Cordial Saludo.

El Comité de Programa de la Maestría en Epidemiología ***ha conferido aval como trabajo de grado al proyecto de investigación, según consta en el acta (012 del comité de Maestría)***

“IDENTIFICACIÓN DE BARRERAS Y FACILITADORES PARA LA INTEGRACIÓN DE LA QUIMIOTERAPIA PREVENTIVA COMO ESTRATEGIA PARA EL CONTROL DE LAS GEOHELMINTIASIS EN NIÑOS DE 1 A 14 AÑOS, EN LOS PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA EXISTENTES EN EL CATÓN TAISHA, PROVINCIA DE MORONA SANTIAGO, ECUADOR 2019”.

Se realizó la verificación de los ajustes al protocolo de investigación, a partir de las observaciones del Coloquio. Se señala que el estudiante en detalle dio respuesta precisando las observaciones, el evaluador y las acciones realizadas. Presenta el aval del Director de Trabajo de Investigación.

El Comité determinó que la propuesta cumple con los requisitos científico-técnicos requeridos para el nivel de formación.

Deberá adelantar la presentación para el aval ante el Comité Ética, y, la suscripción del proyecto en el Centro de Investigaciones de nuestra Facultad.

Le deseamos éxitos en su proceso investigativo.

Atentamente,



JUAN FERNANDO SALDARRIGA FRANCO.
Coordinador Maestría en Epidemiología.

