

## Estudio de caso: El Distrito Metropolitano de Quito, Ecuador

### Características principales:

Este estudio de caso detalla el trabajo del municipio las comunidades del Distrito Metropolitano de Quito (DMQ) y de la Secretaría de Salud de Quito “Barrios saludables: cerrando la brecha de en salud”. en las decisiones de inversión locales y en la creación de política pública local. En las reuniones comunitarias y los equipos de salud comunitarios, los residentes de utilizan información sobre la salud y sus determinantes para establecer prioridades y planes locales, para promover ambientes físicos, económicos y sociales saludables a través de la participación-acción ciudadana en la salud comunitaria y sus determinantes. El DMQ ha facilitado una certificación comunitaria de “espacios saludables” (como de escuelas y mercados de alimentos).

Sin embargo, se pueden compartir con otros contextos las fases y los procesos que se realizaron en para la recopilación y análisis de información, establecer prioridades en la comunidad, promover la coordinación entre los diversos sectores y asegurar que la recopilación y el análisis de información respalde tanto las funciones comunitarias como intersectoriales en la resolución de problemas. Este intercambio ya se ha realizado con otros municipios de países latinoamericanos.

### Introducción al sitio de estudio y sus prácticas

Este caso de estudio describe el trabajo del municipio y de las comunidades en el Distrito Metropolitano de Quito y de los 1298 barrios que han surgido a medida que la ciudad ha crecido y cambiado. Los residentes de Quito tienen un sentido de pertenencia a su barrio, se organizan para tomar decisiones en comunidad y para implementar acciones a este nivel geográfico. La Secretaría de Salud del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito (MDMQ) dirige los esfuerzos para promover la salud y para prevenir la enfermedad. Un componente clave de estos esfuerzos es la implementación de una estrategia llamada “Barrios saludables: cerrando la brecha de las inequidades en salud”. Este estudio de caso describe cómo esta estrategia busca mejorar la salud y el bienestar de los habitantes de Quito por medio de la integración de un enfoque de salud en la planificación urbana, en las decisiones de inversión local y en la creación de políticas públicas locales, promoviendo la creación de iniciativas ciudadanas y su intercambio con otras ciudades.

Un aspecto importante de la estrategia es que adapta la metodología de "Corazón Urbano" (Urban Heart) al contexto de Quito. Utiliza indicadores que son seleccionados de forma participativa por un equipo inclusivo de trabajo que incluye miembros de la comunidad y otros sectores del DMQ. Ha establecido un observatorio y una “sala de situación” de salud del barrio y ha diseñado, así como implementado, una variedad de actividades, como son:

- Creación de equipos comunitarios de salud.
- Implementación de diagnósticos locales de salud que, junto con otra evidencia, son utilizados para establecer un Plan de Acción Barrial para el mejoramiento de la salud con acciones de alto impacto basadas en evidencia.
- Capacitación de los ciudadanos sobre enfermedades no transmisibles, salud mental, sexual y reproductiva, determinantes de salud y participación social en la salud.
- Implementación de proyectos sobre escuelas y mercados saludables.

En apoyo a esto, se está realizando talleres virtuales y/o presenciales para compartir conocimiento y brindar apoyo sobre buenas prácticas de salud locales en los municipios de Ecuador y las Américas.

El caso de estudio se preparó en febrero de 2017 por Rene Loewenson (TARSC) y Francisco Obando, Coordinador de determinantes de salud y acción territorial del Municipio de Quito, con apoyo de Dra. Kathy Bustamante, Ing. Silvia Armas, Dr. Francisco Viteri, María Lorena Ponce y Dr. José Ruales, Secretario de Salud del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito.



Este resumen del sitio de estudio se produjo como parte del programa de investigación sobre aprendizaje “Moldeando la Salud” (Shaping Health) a partir de la experiencia internacional sobre enfoques de poder, participación y toma de decisiones comunitarias en materia de salud dirigida por el Training and Research Support Centre (TARSC), con el apoyo de un subsidio otorgado por Charities Aid Foundation of America de Robert Wood Johnson Foundation Donor-Advised Fund. Para más información favor de contactarnos en: [admin@tarsc.org](mailto:admin@tarsc.org)

## Contexto:

El Distrito Metropolitano de Quito (DMQ) es la segunda ciudad más poblada de Ecuador. En las últimas décadas ha crecido rápidamente. Con una población de 2.2 millones según el censo de 2010, se divide en 65 parroquias, 32 de las cuales se consideran urbanas y 33 rurales. Estas parroquias, a su vez, se subdividen en 1298 barrios. Los residentes del DMQ principalmente son mestizos (83%), aunque algunas áreas tienen un mayor índice de indígenas, afrodescendientes y montubios (DMQ 2016). Los residentes tienen un sentido de pertenencia a su barrio y se organizan para tomar decisiones comunitarias e implementar acciones a nivel vecindario. Al mismo tiempo, hay diferenciales sociales diversas. En cuanto a la educación, el 28% de la población tiene educación primaria, 25% educación secundaria y 25% educación media superior y superior. La tasa de analfabetismo en el DMQ es de 2,7%, índice que aumenta en los hogares pobres y rurales y en las mujeres afrodescendientes e indígenas (DMQ, 2016).



La población urbana se dedica principalmente al comercio minorista, a la manufactura y a la construcción. Las zonas más rurales del distrito practican la agricultura, la ganadería, la silvicultura y la pesca. Los niveles de desempleo son bajos (4.9%), pero casi la mitad de la población no cuenta con un sistema de seguridad social formal. Los niveles de pobreza han disminuido a partir del 2007 (Yanez, 2013). En diciembre de 2016, la pobreza en Quito se situó en el 10,27% de la población, inferior al promedio nacional del 22,9%, pero con diferenciales geográficos y de residencia (INEC, 2016). Los diferenciales en la educación y otras áreas pueden afectar la forma en la que diferentes habitantes se benefician del rápido aumento en la innovación científica y tecnológica en la economía del DMQ, donde se concentran aproximadamente 25% de los empleos de alta tecnología del país, principalmente de informática y telecomunicaciones. Quito tiene 13.8m<sup>2</sup> de espacios verdes por habitante, 138.08 hectáreas de espacios al aire libre, recreativos y de acceso público, por cada 100,000 habitantes, lo recomendado por el Ministerio de Salud Pública. Ha aprobado normas para la calidad del aire (Empresa Metropolitana de Movilidad y Obras Públicas del MDMQ, 2016; Secretaría de Ambiente del MDMQ, 2016). Sin embargo, la expansión urbana y el crecimiento de infraestructura han aumentado la presión sobre los recursos naturales causando su degradación y un incremento en la contaminación del aire y de los recursos hídricos. Las parroquias que son más vulnerables al cambio climático y al daño de los ecosistemas son aquellas con menor cobertura de agua potable, con mayor población anciana, con menores niveles de educación de mujeres y aquellos con altas precipitaciones (> 2000mm por año), principalmente fuera del área urbana del DMQ.

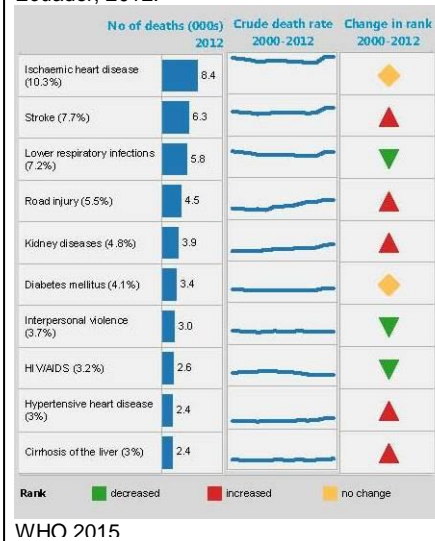
La Constitución de la República de Ecuador del 2008, el Plan Nacional para el Buen Vivir, el Código Orgánico de Ordenamiento Territorial, Autonomía y Descentralización, la Ley Orgánica de Salud y la Ordenanza Metropolitana 0494 establecen un marco legal propicio para un enfoque más holístico, basado en los derechos, y propicio para la participación social en la salud. En su art. 32, la Constitución contempla la salud como un derecho cuya implementación se vincula con el ejercicio de los derechos al agua, a la alimentación, a la educación, a la actividad física, a la seguridad social, a ambientes sanos y a otras áreas que sustentan una buena vida (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008). El modelo del “buen vivir” en la Constitución concibe que el bienestar personal se alcanza cuando las necesidades humanas básicas se satisfacen en armonía con la comunidad y el medio ambiente (Yanez, 2013). El Plan Nacional para el Buen Vivir de Ecuador 2013-2017 coloca a la salud como parte del buen vivir en una perspectiva intersectorial integral que abarca los hábitos de vida, la cultura alimentaria, la promoción de la actividad física, los servicios de salud, la salud sexual, reproductiva e intercultural y un ambiente saludable dentro de una economía social y solidaria. Lo anterior se ubica dentro del derecho a la ciudad y su gestión democrática (GoEcuador, 2013).

De acuerdo a la Constitución ecuatoriana, el MDMQ es un gobierno autónomo descentralizado. Tiene poderes descentralizados para planificar y ejercer control sobre diversos aspectos del desarrollo urbano para hacer efectivos los derechos en las diferentes dimensiones del bienestar, tales como asignar tierras, planificar, construir y/o regular los sistemas de carreteras y transporte público, los servicios públicos de agua potable, alcantarillado, tratamiento de aguas residuales y saneamiento, las infraestructuras físicas, la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, los servicios de educación y los espacios para el desarrollo social, cultural y deportivo, de tal forma que se conserve el patrimonio cultural, arquitectónico y natural de la ciudad.

La Ley Orgánica de Salud identifica que las escuelas, las comunidades, municipios son espacios clave para proporcionar salud a través de enfoques interinstitucionales e intersectoriales con la participación y supervisión de la comunidad. (GoEcuador, 2012). El *Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización (COOTAD)* contempla que estas necesidades se cumplan de forma que se involucre la participación, supervisión y control social (GoEcuador, 2010). La Ordenanza Metropolitana 0494 del 2014 establece que el municipio debe promover una cultura de convivencia ciudadana basada en el respeto, el reconocimiento y valoración de las diversidades, igualdad de género, generacional e intercultural, con protección especial para grupos prioritarios y la participación ciudadana en acciones sobre la salud.

Los datos administrativos del DMQ indican que algunos de estos determinantes de salud (DSS) tienen mejores niveles que otros. Los hogares urbanos tienen buen acceso al alcantarillado, al agua potable pública y a la recolección de basura. Sin embargo, un diagnóstico integral de salud de la Secretaría de Salud del DMQ que se realizó en 2016 (disponible como un documento por separado) indica que la ciudad se enfrenta con una alta carga de enfermedades crónicas no transmisibles, en particular por enfermedades cerebrovasculares e isquémicas cardíacas, diabetes, cáncer, el sobrepeso y la obesidad y por accidentes viales (MDMQ, 2016). En Ecuador, esta preocupación se comparte a nivel nacional (ver figura adyacente). Los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2012 (MSP, INERC 2012) indican que 63.5% de las personas de entre 19 y 59 años y 4.5% de entre 12 y 19 años sufren de sobrepeso o de obesidad en el DMQ. Aunque solamente 4.5% de la población adulta del DMQ consume tabaco o productos derivados del tabaco, 41% consume alcohol mensualmente y 34% de personas de entre 10 y 18 años y 64% de entre 18 y 60 años no realizan actividad física (MSP, 2015).

Las diez causas principales de muerte en Ecuador, 2012.



El perfil de salud del DMQ se puede atribuir a los cambios en los hábitos alimenticios y de actividad física, a su vez se atribuye a una urbanización que no trata adecuadamente la salud y la migración, la movilidad, la contaminación, la violencia y los accidentes de tránsito (MSP, 2015). El género y la salud reproductiva también son determinantes de salud: el embarazo y sus complicaciones son una causa importante de hospitalizaciones en adolescentes, aunque hay un menor nivel de incidencia en el DMQ que en el resto del país. Los embarazos adolescentes se han atribuido a una baja cobertura en la planificación familiar, a un acceso desigual a los recursos de salud reproductiva, a la falta de educación y a la violencia sexual (MDMQ, 2016). Las mujeres son particularmente vulnerables a la violencia de género (violencia doméstica y abuso sexual). Se ha mostrado un incremento en el suicidio adolescente en el mes de julio, asociado al fin del año escolar y a la presión familiar por el desempeño académico. También se ha distinguido que el uso de drogas nocivas comienza a edades más tempranas (a los 12 años) y que las sustancias adictivas más consumidas en Quito son el alcohol, el tabaco, las drogas como la marihuana y la pasta base de cocaína (MDMQ, 2016). Se ha identificado que los adultos mayores y las personas con discapacidades también son vulnerables en la ciudad con deficiencias en la cobertura de pensiones, limitando su acceso a los servicios de salud y exponiéndolos al empleo informal y a la mendicidad (MDMQ, 2016).

Antes de 2008 había sido un desafío mayor cumplir con la obligación constitucional de proporcionar acceso a servicios de alta calidad de forma gratuita por el crecimiento limitado durante décadas, el sistema fragmentado y la gran proporción de servicios privatizados. Aunque se mantienen muchos desafíos, a partir de entonces mejora la inversión y el gasto público en salud y la legislación de garantía del derecho a la salud, se consideró que los servicios públicos serían el elemento clave para abordar estos desafíos. El gobierno divide el país en zonas, compuestas por 3-4 provincias y las oficinas administrativas del Ministerio de Salud Pública en cada zona y provincia se coordinan con otras oficinas descentralizadas del gobierno nacional y local y de organizaciones civiles y no-gubernamentales para proporcionar los servicios de salud. El Ministerio Coordinador del Desarrollo Social apoya la colaboración entre los diferentes sectores del gobierno nacional; propone políticas sectoriales e intersectoriales que responden a necesidades prioritarias en los sectores sociales; coordina las políticas y acciones de diferentes instituciones para implementar estas políticas y los recursos para esta cooperación; así como, desarrolla y actualiza un sistema de información de indicadores sociales para monitorear programas y un registro social de beneficiarios de programas sociales.

Los servicios curativos son la competencia del gobierno nacional y la competencia de la promoción de la salud y de la prevención de enfermedades se comparte con los gobiernos municipales. La Secretaría de Salud del MDMQ es responsable de los servicios de prevención de la enfermedad y promoción de la salud a través de Unidades Municipales de Salud (UMS), de los servicios médicos para establecimientos educativos municipales y de centros de enseñanza, unidades móviles y dispensarios vinculados a las unidades de salud. La Constitución de Ecuador, en su artículo 366, dispone que el financiamiento para la salud pública debe ser oportuno, regular y suficiente, que debe provenir de fuentes permanentes del presupuesto general del Estado y que debe distribuirse a partir de criterios de población y necesidades de salud. En conformidad con la Disposición Transitoria vigésima segunda, el presupuesto de salud debe incrementarse cada año no menos del 0.5% del Producto Interno Bruto, hasta alcanzar al menos 4%. El artículo 300 exige que el régimen tributario se rija por los principios de generalidad, progresividad, eficiencia, simplicidad administrativa, no retroactividad, equidad, transparencia y suficiencia de la recaudación tributaria, con prioridad para los impuestos directos y progresivos (Rep. Ecuador Asamblea Nacional, 2015).

A partir del 2007, se aumentó la inversión nacional en los servicios de salud públicos. El presupuesto anual de salud incrementó de 606 millones USD en 2007 a 1,600 millones USD en 2012 (Yanez, 2013). Estos recursos se invirtieron principalmente en centros de salud, la adquisición de medicamentos y vacunas, en programas de salud dirigidos por el estado y en campañas de prevención. Lo anterior llevó a una mejora significativa en el acceso a los servicios (Yanez, 2013). Sin embargo, destacan dos desafíos clave. En primer lugar, mientras que en el DMQ el sector público es el proveedor de servicios de salud más importante (94%), principalmente de servicios ambulatorios y de atención primaria, el DMQ, como el resto de Ecuador, tiene un índice alto y creciente de servicios privados con fines de lucro a nivel hospitalario (MDMQ, 2016). Los servicios privados aumentan las tarifas y otras barreras de acceso en detrimento de los hogares más pobres. En segundo lugar, es motivo de preocupación que, para lograr los objetivos y derechos de salud que las políticas establecen, es necesario que el modelo biomédico reactivo anterior se reemplace con un enfoque más sólido proactivo, comunitario y centrado en la salud de la población (Rasch and Bywater, 2014). Una parte del presupuesto municipal se invierte de forma participativa y sirve para facilitar y apoyar procesos barriales que involucran la comunidad y que buscan mejorar sus condiciones y espacios públicos. Las actividades que se llevan a cabo con estos recursos se discuten y se guían por Asambleas que representan las comunidades (descritas más adelante).

La Constitución reconoce el derecho de la ciudadanía a la plena participación en los servicios de salud. Como estrategia clave dentro del reposicionamiento de la Atención Primaria de Salud (APS), los [Comités Locales de Salud](#) (CLS), formados por el gobierno nacional, se rigen por políticas que facilitan la participación social en los servicios de salud “para generar espacios de deliberación y asociación democrática, espacios de poder ciudadano” (MSP, 2012: 45). El gobierno nacional asumió la responsabilidad del gobierno local sobre los comités en el 2007. Los representantes de la comunidad local y de las organizaciones sociales se eligen por la comunidad para formar los CLS. Cada CLS alcanza un consenso sobre su estructura, su toma de decisiones y otros procedimientos, elige su coordinador y secretario y nombra subcomités de temas relevantes. El CLS participa en la creación de un Diagnóstico de Situación de Salud. Se encuentra en coordinación con el personal de salud dentro de su jurisdicción y participa en las actividades de promoción de la salud en su comunidad. El CLS se encarga de fortalecer y apoyar el desarrollo de los jóvenes, los ancianos y otras organizaciones locales de salud. Los representantes del CLS participan en foros de participación ciudadana, tales como la Asamblea a nivel parroquia o la Asamblea Municipal y el CLS participa en el desarrollo de la agenda de salud en el Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial (MSP 2012). En Quito existen CLS pero el municipio prevé la necesidad de apoyar sus esfuerzos, específicamente en cuanto al Diagnóstico de Situación de Salud. El municipio se basa en una cultura en Ecuador y en Quito de trabajo colectivo dentro de la comunidad para atender necesidades. Se tiene una cultura de trabajo conjunto en áreas en las que existe un beneficio comunitario, como son la preparación de alimentos, la construcción de vivienda y la mejora de espacios públicos. Esto ha proporcionado una base significativa para el trabajo en DMQ y ha hecho que la integración y comprensión de las implicaciones de salud en los procesos locales existentes sea un aspecto clave de la labor, lo que se detalla en la siguiente sección.

## **Las prácticas de participación:**

Si bien el entorno jurídico y normativo promueve la participación social en la salud y se dispone de información sobre la salud y sus determinantes, los informantes clave observaron que la información no se encuentra organizada para la toma de decisiones locales y que, anteriormente, no se compartía o discutía con actores clave de la sociedad civil o con los grupos barriales organizados. Por tanto, los ciudadanos no tenían poder respecto a su salud y no tenían acceso a los mecanismos para influir en la

política pública local en salud. Debido a esto, la Secretaría de Salud del MDMQ ha instaurado la estrategia “Barrios saludables: cerrando la brecha de inequidades en salud”. El programa inició en 2015, cuando MDMQ notó que invertía la mayor parte de sus esfuerzos en la educación y prevención de la enfermedad y que sus acciones eran escasas en otras áreas de promoción de la salud, tal como la participación social en la salud, la promoción de espacios saludables y el fomento de políticas locales saludables. Por disposición del Secretario de Salud, se contrató un coordinador de determinantes de salud y acción territorial y se integraron intervenciones participativas como parte de la estrategia “Barrios saludables”. Se le asignó un pequeño presupuesto inicial para el 2017 (114,000 USD) que se incrementará de acuerdo al valor del trabajo demostrado.

La estrategia del MDMQ, “Barrios saludables”, busca mejorar la salud y el bienestar de los habitantes de Quito al integrar la salud en la planificación urbana, en las decisiones de inversión local y en la creación de políticas públicas locales, promoviendo iniciativas comunitarias y compartiéndolas con otras ciudades. La estrategia identifica los medios para lograr este cambio a través de tres vías intermedias:

1. Aumentando las políticas públicas generadas e implementadas con la participación de los residentes de Quito, teniendo en cuenta los datos de salud desagregados y DSS.
2. Incrementando el uso de entornos saludables (físicos, económicos y sociales) creados con participación-acción comunitaria en la salud y sus determinantes.
3. Aumentando el acceso al conocimiento y a las mejores prácticas en salud urbana para los gobiernos locales de la región.

Las primeras parroquias en las que se implementa el trabajo participativo son Ponceano, Centro, Histórico y Chimbacalle, de 17, 13 y 6 barrios respectivamente y con poblaciones de 54 438, 36 610 y 38 533, respectivamente. Además del perfil general de salud que se planteó anteriormente, estas áreas tienen mayores necesidades en materia de salud. Las tasas de mortalidad por tuberculosis en estas parroquias son el doble al observado en el DMQ. También tienen problemas específicos a su zona, como son las enfermedades respiratorias en el Centro Histórico. Los barrios/parroquias que se incluyen son aquellos donde la administración tiene la capacidad para apoyar la implementación y donde hay escuelas, mercados y servicios de salud municipales, así como representantes electos de la comunidad.

La Secretaría de Salud del MDMQ definió un **mecanismo institucional: un comité técnico**, como un mecanismo flexible para resolver los problemas que surjan a un nivel local y mantener informadas a las comunidades sobre el trabajo que se esté realizando. El DMQ solicitó un delegado a cada organización y la primera reunión se programó para febrero de 2017. El Comité Técnico de Salud se conforma de: la Dirección de Promoción, Prevención y Vigilancia y la Dirección de Políticas y Planificación de Salud del Ministerio de Salud Pública, la Secretaría de Salud del MDMQ y alrededor de 20 dependencias adicionales del MDMQ y de los ministerios que inciden en DSS. Se están formando **equipos comunitarios de trabajo de salud** a nivel ciudad y barrio, los cuales el MDMQ capacita para incorporar la voz de la comunidad local a los procesos. Se están estableciendo equipos de trabajo, conformados por miembros del barrio (o el área geográfica seleccionada), representantes de la Secretaría de Salud del DMQ y de la Secretaría de Coordinación Territorial y Participación Ciudadana. Los equipos de trabajo tienen como objetivo promover el trabajo participativo en entornos físicos, económicos y sociales saludables.

El equipo comunitario representa los siguientes cinco sectores de cada barrio (o área geográfica) y se conforma de representantes comunitarios de:

1. La comunidad, abordando los DSS utilizados por la comunidad en general, tales como el acceso a alimentos naturales, el acceso a espacios para caminar o andar en bicicleta, el establecimiento de espacios libres de humo y la seguridad personal.
2. Las instituciones u organizaciones comunitarias, incluyendo las que prestan servicios sociales, como son guarderías, iglesias, centros para adultos mayores, centros comunitarios y universidades.
3. Los servicios de salud local, incluyendo todos los lugares donde se recibe cuidado preventivo, tratamiento o servicios de salud de emergencia, como hospitales, clínicas y consultorios médicos.
4. Los centros de educación primaria y secundaria, tanto escuelas públicas como privadas.
5. Los lugares de trabajo, tanto del sector privado como público.



La comunidad identifica los principales problemas en la salud y en los determinantes de salud en la Parroquia Centro Histórico en Quito © LJ Cárdenas 2016

Otros sectores incluyen los líderes de opinión de su sector (educación, salud, entre otros) dentro de la parroquia. El Ministerio de Salud Pública se encarga del proceso de selección de los candidatos interesados para los equipos comunitarios, el cual se encuentra en curso.

Estos mecanismos se están estableciendo en el contexto de la Ordenanza Municipal 102 que delimita los diversos mecanismos de participación ciudadana. Los líderes de la asamblea a nivel parroquia (/barrio) definen el proceso de elección de los representantes, así como la voz y la capacidad que tienen éstos en las asambleas a nivel barrio y parroquia. El establecimiento de estas asambleas se facilitó en Quito por la Secretaría de Coordinación Territorial y Participación Ciudadana. La ordenanza municipal exige que las 65 asambleas a nivel parroquia se reúnan tres veces al año.

Para generar e implementar políticas y programas que aborden la equidad en salud de manera holística y con la participación de los residentes, la ciudad está produciendo, recopilando y procesando información sobre la salud y DSS para establecer un diálogo con los residentes y escuchar sus prioridades respecto al estado de la salud en diferentes barrios. A través de la coordinación intersectorial, se están revisando las bases de datos de diferentes departamentos del DMQ.

Tras esto, es necesario diseñar e implementar encuestas para recopilar la información faltante. Los hallazgos se deben organizar en diagramas visuales accesibles para mostrar su importancia para la salud de la población. Para esto se utiliza el Instrumento de evaluación y respuesta en materia de equidad en salud en medios urbanos de la OMS (Urban HEART) del Programa de Comunidades Saludables del Centro de Control de Enfermedades de Estados Unidos, y el Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables del Ministerio de Salud Pública (MSP) de Ecuador. El personal del DMQ está capacitado en los métodos y las iniciativas que mejoran la salud. En el 2017, el DMQ se encuentra desarrollando una plataforma virtual para mostrar datos actualizados y precisos de salud y sus determinantes, desagregados por parroquia para hacer accesible la información al público, incluso para los barrios marginales.

Los residentes participan y se apropian del proceso a partir de los talleres de concientización y de “establecimiento de prioridades” locales que el MDMQ realiza en barrios. Estos talleres utilizan la evidencia reunida por el MDMQ, pero también utilizan los temas que las comunidades percibieron. En el 2017, el MDMQ se vinculará en mayor medida con las organizaciones de la sociedad civil y explorará otros métodos para el mapeo participativo y la evaluación de las necesidades por parte de las comunidades. Los talleres con la sociedad civil de barrios selectos revisan la evidencia de salud del DMQ, agregan o recolectan información adicional de interés para los residentes, priorizan los problemas de salud de cada localidad y desarrollan una hoja de ruta con las actividades para el barrio y la ciudad. Las respuestas se organizan en una propuesta de intervención que se plantea al alcalde para su aprobación e implementación.



Reunión del comité directivo de MDMQ, Quito. LJ Lurado, 2016

El MDMQ apoya la capacidad de los residentes para generar estos planes de intervención, los Planes de Salud Comunitarios, en sus equipos de salud (descritos anteriormente). Las intervenciones que se eligen son aquellas que se consideran de alto impacto o que son ejemplos de prácticas prometedoras según la evidencia nacional, regional e internacional, tales como la Asociación de Municipalidades Ecuatorianas, la iniciativa de Ciudades Resilientes y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El MDMQ planifica asignar incentivos de entre USD\$ 2,000 y USD\$ 5,000 sobre una base competitiva para promover la participación de la comunidad en el desarrollo y la implementación de planes e iniciativas de salud. También se planifica realizar eventos para sensibilizar a la comunidad acerca de los hallazgos sobre la situación de salud local y para presentar el concurso y el premio.

Los equipos locales de salud y la comunidad en general establecerán sus planes locales para mejorar la salud de su barrio según lo propuesto por los principales actores comunitarios de la asociación deportiva barrial, colectivos y los comités de barrio, los cuales presentan a concurso. Las presentaciones se evaluarán y las ganadoras obtendrán los recursos de incentivo. Los equipos distritales de salud desarrollan los criterios para la recepción del financiamiento semilla a partir de un análisis preliminar de los temas de salud más importantes de su parroquia y designan el ganador.

Este financiamiento apoyará las iniciativas de la comunidad para mejorar la situación de salud y concientizar para el beneficio de la comunidad en general, en lugar de beneficiar a un pequeño grupo de individuos.

El programa se está poniendo a prueba en áreas de la ciudad donde hay capacidad institucional para probar y mostrar los resultados de este proyecto piloto, pero con la intención de dirigir el financiamiento hacia aquellos que tienen necesidades de salud mayores y que necesitan el apoyo para participar en la salud y así estimular su participación.

Junto con el proceso de establecer e implementar los planes participativos, el MDMQ está aumentando la comunicación bilateral entre el municipio y los habitantes. Una forma de hacerlo es al establecer y fortalecer equipos de salud comunitarios, descritos anteriormente.

Un elemento adicional de la labor es aquel de posibilitar una certificación comunitaria de “espacios saludables”, por ejemplo, de mercados de alimentos frescos y de escuelas. Se certifican los espacios que cumplan ciertos criterios. Los criterios para la certificación en el caso de las escuelas se han desarrollado por la Secretaría de Salud del DMQ en colaboración con el Ministerio de Educación, el Ministerio de Salud Pública y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). A largo plazo, se busca delegar a los equipos de salud comunitarios la responsabilidad de certificar estos espacios saludables. En el caso de los mercados de alimentos, el DMQ discute las normas para la promoción de la salud y la salubridad de los alimentos, así como la evidencia que tienen sobre el tema. Los equipos comunitarios, como los usuarios del mercado, el personal administrativo y los trabajadores, junto con el municipio evalúan los mercados y elaboran planes de trabajo para mejorar la salud en las deficiencias de las normas que se definen prioritarias. En las escuelas y otros espacios públicos que los equipos comunitarios seleccionan, por ejemplo, parques equipados y calles en barrios residenciales, se realiza un trabajo similar.

En todos los casos, los planes de acción participativa se implementan en coordinación con actores relevantes y se realizan evaluaciones participativas de su funcionamiento. El proceso de certificación busca respaldar a los administradores y usuarios de espacios como mercados y escuelas para priorizar las mejores formas de invertir los recursos limitados y abordar los temas más importantes para conservar y promover la salud y solucionar las deficiencias identificadas. Se espera que el esfuerzo inicial para conseguir la certificación sirva para forjar una relación de trabajo entre los actores relevantes que continúe cuando el espacio cumpla los criterios para la certificación.

Estos procesos que facilita el MDMQ están diseñados para dar poder y guiar a los diferentes sectores comunitarios (educación, salud e instituciones comunitarias) para que actúen dentro de su área de influencia, para que tengan el poder de implementar estos cambios. A partir de este trabajo, el MDMQ busca identificar las tareas para el gobierno municipal. Estas tareas formarán parte de la agenda del Secretario de la Secretaría de Salud, quien negociará con el alcalde, otros secretarios y con el consejo en nombre de la comunidad. Para las comunidades, estos enfoques armonizan con las aproximaciones colectivas que usualmente se utilizan para las mejoras para beneficios sociales más amplios, como se discutió anteriormente. Para el personal del sector de salud, al involucrar a las comunidades y fortalecer su comprensión de las implicaciones de las actividades y decisiones sobre las prioridades y los recursos, esclarece el impacto en la salud de las decisiones de la gente e incorpora la salud en su pensamiento y sus prioridades. El papel central del MDMQ en la promoción de la salud de la población, el cual el Ministerio de Salud Pública reconoce, y en la vinculación de la salud con sus determinantes fortalece la promoción de la salud y las mejoras de salud de la población.

El MDMQ planea tener reuniones para compartir conocimientos y buenas prácticas que mejoran la salud con otras ciudades. El intercambio es importante para fortalecer y apoyar las capacidades locales y para construir redes para la salud urbana. Mientras que los beneficiarios inmediatos son los 129,581 habitantes de los parroquias de Ponciano, Centro Histórico y Chimbacalle, estos procesos de difusión y divulgación implican que el trabajo se comparta y alcance a todos los barrios del DMQ y a sus 2,781,641 habitantes (proyectados para el 2020), así como a otras comunidades y servicios a partir de intercambios con otras ciudades en las Américas.

### **Factores y aportaciones que afectan a las prácticas de participación:**

De acuerdo con el personal del MDMQ, las prácticas se enfrentan con diversos desafíos y riesgos. Existe el riesgo que los mecanismos utilizados no representen adecuadamente a grupos específicos como a los jóvenes, las mujeres o los niños. En algunos lugares del DMQ, la cultura de participación es más débil que en otras.

Para hacer frente a esto, el programa está creando iniciativas concretas para incorporar a estos grupos en los mecanismos participativos y para asegurar que la gente elija a sus representantes. El MDMQ también es consciente de la necesidad de garantizar que los actores privados, como las empresas, se incluyan para que puedan desempeñar una función y de que todos los actores tengan el apoyo a la capacidad necesaria para cumplir su rol. El proceso alimenta las expectativas de los miembros de la comunidad, las cuales deben manejarse, especialmente por el tiempo necesario para construir capacidades y establecer un entendimiento común, así como por los recursos limitados que tiene el MDMQ para cumplir las expectativas.



Estudiantes explicando los problemas que perciben en la salud de sus barrios, Quito. © LJ Cárdenas 2016

La coordinación entre los sectores también presenta retos. Históricamente, los procedimientos administrativos de los sectores se han llevado a cabo por separado. Los recursos y sitios históricos deben fracturarse para generar colaboración en la planificación, indicadores de éxito comunes y resultados compartidos de la acción intersectorial de tal forma que no se comprometan los objetivos de cada sector. Los recursos para la salud se dividen en tres: en los recursos del sector de salud local, en los recursos que se invierten en todos los sectores para la labor intersectorial y en los recursos que se movilizan localmente por los residentes y los actores privados.

Para dirigir los recursos individuales a objetivos comunes, todos los sectores y la comunidad involucrados necesitan conocer sus funciones para formar parte de la identificación de problemas, prioridades, necesidades e intervenciones en procesos que se facilitan de forma eficaz y profesional. Los informantes clave del MDMQ observan que para lograrlo se necesita tiempo y un avance gradual. La evidencia que se reúne pretende elevar la confianza de los sectores y las comunidades involucrados y de otros sobre los vínculos entre la salud y los determinantes sociales, así como los resultados del trabajo que se lleva a cabo. De igual forma son importantes las relaciones que se establecen y el enfoque en las prioridades que la comunidad identifique.

El MDMQ negocia en nombre de la salud de los residentes del DMQ con actores clave a nivel global, regional, nacional y local para sustentar la implementación de sus planes, en lo que se incluye el intercambio de buenas prácticas de otras ciudades. El MDMQ a través de la Secretaría de Salud se relaciona con la oficina de la OPS en Ecuador y con las universidades locales, además de relacionarse con los representantes locales de los sectores y las instituciones que se mencionaron anteriormente, entre las que se encuentran las instituciones comunitarias como las escuelas y los mercados, las instituciones estatales como el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio Coordinador del Desarrollo Social y la Secretaría de Coordinación Territorial y Participación Ciudadana.

La OPS ha apoyado el trabajo que se realiza por medio de especialistas internacionales, equipos locales y al proporcionar apoyo técnico y facilitadores capacitados para el trabajo con la comunidad. El MDMQ ha negociado que se realicen prácticas profesionales en las Unidades Metropolitanas de Salud y los estudiantes de posgrado han dirigido talleres de actividad física. La OPS también está apoyando el intercambio de buenas prácticas con otras ciudades de la región.

El MDMQ ha realizado talleres de intercambio de conocimiento para apoyar el aprendizaje institucional y para servir mejor a los residentes. En octubre de 2016, se llevó a cabo una reunión con diversas ciudades sobre “La salud urbana y las enfermedades crónicas no transmisibles” para intercambiar experiencias con otras ciudades en Ecuador y con la Ciudad de México. Se han previsto más talleres de este tipo en 2017 para compartir experiencias con otras áreas.

## **Resultados percibidos o medidos:**

La ciudad ha identificado los resultados del programa y de la equidad en materia de salud que espera lograr y ha establecido un sistema electrónico interactivo para almacenar, actualizar y dar acceso al público de la información sobre la salud que se incluya.



Los productos previstos para el programa de dos años son:

- 20 diagnósticos participativos de salud en barrios seleccionados
- 4 reportes técnicos publicados sobre el medio ambiente y la salud del MDMQ
- 3 subsidios para implementar iniciativas que mejoren el ambiente y la salud
- 15 talleres presenciales o virtuales sobre el intercambio de conocimiento y la cooperación intermunicipal sobre buenas prácticas locales contra los problemas y determinantes de salud con municipios en Ecuador y América Latina.
- 8 talleres de capacitación/transmisión de conocimiento sobre procesos y proyectos con un alto impacto en la salud.
- 10 talleres de intercambio con las capitales provinciales del país y de la región.

Los resultados que se buscan lograr son:

- Un equipo representativo de trabajo de salud del DMQ consolidado, sensibilizado y realizando acciones de alto impacto en políticas y entornos de salud.
- 3 equipos comunitarios de trabajo de salud que representen las áreas geográficas del DMQ seleccionadas, consolidados, sensibilizados y realizando acciones de alto impacto en políticas y entornos de salud.
- 100 personas capacitadas en técnicas y herramientas para fomentar los determinantes de salud del personal de MDMQ.
- 20 Planes vecinales de acción de salud elaborados de forma participativa con implementación y financiación programada que involucre las dependencias del Municipio del DMQ, entre otros responsables de influir los determinantes de salud ambientales y socio-económicos.
- 3300 personas sensibilizadas respecto a los determinantes de la salud, incluyendo los dirigentes del distrito.
- 14 escuelas con actividades de promoción de la salud.
- 15 mercados que tomen en cuenta la promoción de la salud y la salubridad de los alimentos.

Todavía no se han identificado resultados o cambios concretos en el ámbito social, de salud o en el sistema de salud. Aunque anteriormente se describieron las inversiones en los procesos y la información necesaria para permitir la evaluación de estos resultados, aún es demasiado pronto para distinguir el cambio en los resultados.

### **Áreas para el aprendizaje compartido:**

Los informantes claves en el DMQ señalan que las condiciones de las prácticas son importantes en cualquier discusión respecto a su adaptación o apropiación. Las aproximaciones que se están aplicando en Quito dependen del reconocimiento de una función de orientación del municipio, de sus competencias en salud de la población, así como de las actividades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Lo anterior es fundamental para involucrar otros sectores y para los procesos participativos. Las prácticas que buscan hacer partícipe a la comunidad en la resolución de sus problemas, como se señaló anteriormente, se basan en una cultura de trabajo colectivo para metas comunes, así como en un marco jurídico y de políticas favorable.

Al mismo tiempo, hay prácticas que pueden adaptarse a otros lugares. Las etapas y los procesos que se realizaron en Quito se pueden adaptar a otros contextos en la recopilación y análisis de información y en el establecimiento de prioridades en la comunidad, así como para asegurar que la recopilación y el análisis de información respalde tanto las funciones comunitarias como intersectoriales en la resolución de problemas.

Actualmente ya se están llevando a cabo intercambios con otros municipios de países latinoamericanos sobre enfoques participativos para la promoción de la salud.

En Quito, este es un trabajo en desarrollo. Por tanto, existe un interés por conocer cómo otras ciudades y contextos gestionan sus procesos ¿Cómo están organizando la información, los recursos, con qué medios y mecanismos para apoyar el establecimiento de prioridades, la toma de decisiones y la acción de la comunidad? ¿Cómo se ha transformado y comunicado la información sobre salud y sus determinantes sociales de una forma que sea valiosa para realidades concretas? ¿Cómo se ha desglosado la información para mostrar e integrar la diversidad de contextos y grupos, tanto en la toma de decisiones como en la evaluación del progreso de los resultados?

## Referencias:

1. Asamblea Nacional del Ecuador (2008) Constitución de la República del Ecuador. Publicada en el Registro Oficial No. 449. Ecuador : s.n., 20 de Octubre de 2008. Quito, Ecuador
2. Carrion D, Vasconez J (2003) Urban Slums Reports: The case of Quito, Ecuador, in Understanding Slums: Case Studies for the Global Report on Human Settlements, Mimeo, Quito
3. Distrito Metropolitano de Quito (DMQ) (2014) Perfil de morbilidad ambulatoria, en el Distrito Metropolitano de Quito. 2014, DMQ, Quito
4. DMQ (2014b) Metropolitan Ordinance 0494, Municipality of Quito. Quito
5. DMQ (2016) Diagnóstico de Salud, DMQ, Quito
6. GoEcuador (2013) Plan Nacional de Buen Vivir (PNBV) 2013-2017, Govt of Ecuador, Quito
7. GoEcuador (2012) The Organic health law Government of Ecuador, Quito, at <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Reglamento-a-la-Ley-Org%C3%A1nica-de-Salud.pdf>
8. GoEcuador (2010) Organic Code of Territorial Ordering, Autonomies and Decentralization (COOTAD) Government of Ecuador, Quito, at [http://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/01/dic15\\_CODIGO-ORGANICO-DE-ORGANIZACION-TERRITORIAL-COOTAD.pdf](http://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/01/dic15_CODIGO-ORGANICO-DE-ORGANIZACION-TERRITORIAL-COOTAD.pdf)
9. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (INEC) (2014) Encuesta de Condiciones de Vida 2014, INEC. Quito
10. INEC (2015) Anuario de nacimientos y defunciones, 2014. INEC Quito
11. NEC (2016) Reporte de Pobreza y Desigualdad, INEC, Quito at: [www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/POBREZA/2016/Diciembre\\_2016/Reporte%20pobreza%20y%20desigualdad-dic16.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/POBREZA/2016/Diciembre_2016/Reporte%20pobreza%20y%20desigualdad-dic16.pdf)
12. Instituto de la Ciudad (2013)- Distrito Metropolitano de Quito. Estudios sobre el Distrito Metropolitano de Quito, las parroquias rurales de Quito y sus interrelaciones con el espacio urbano at [www.institutodelaciudad.com.ec/attachments/article/163/RevistaQUR5PaolaPintoArt3.pdf](http://www.institutodelaciudad.com.ec/attachments/article/163/RevistaQUR5PaolaPintoArt3.pdf)
13. Jiménez-Benítez D, Rodríguez-Martín A, Jiménez-Rodríguez R, (2010). Análisis de determinantes sociales de la desnutrición en Latinoamérica. Nutrición Hospitalaria,. 25 supl.3 Madrid at [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112010000900003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000900003)
14. Ministerio de Salud Pública (MSP) (2012) Modelo de atención integral del Sistema nacional de salud, MSP, Quito, at [http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual\\_MAIS-MSP12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf)
15. MSP (2015). Primeras causas de morbilidad RDACAA. Quito, MSP, Quito
16. MSP, INEC (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición - ENSANUT 2012. Demografía, salud materna e infantil y salud sexual y reproductiva at [www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/ENSANUT/SaludSexual\\_y\\_Reproductiva/141016.Ensanut\\_salud\\_sexual\\_reproductiva.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/SaludSexual_y_Reproductiva/141016.Ensanut_salud_sexual_reproductiva.pdf)
17. Orozco. (2012). Dietary Practices In the Face of Globalization: Preserving Culture Among Indigenous Communities of Pueblo Kichwa Ecuador to Promote Health. Recuperado el 12 de 01 de 2016, de <http://clas.berkeley.edu/research/dietary-practices-face-globalization-preserving-culture-among-indigenous-communities-pueblo>
18. República Del Ecuador Asamblea Nacional (2015) Informe Proforma Del Presupuesto General Del Estado 2016, Comisión No. 3: Comisión Especializada Permanente Del Régimen Económico Y Tributario Y Su Regulación Y Control; Quito, D.M. 12 de noviembre de 2015
19. Rasch D, Bywater K (2014) Health Promotion in Ecuador: A Solution for a Failing System, Health, 2014, 6, 916-925
20. World Health Organisation (WHO/OMS) OMS. (2003). Dieta Nutricion y Prevención de Enfermedades Crónicas. OMS, Serie de Informes Técnicos .WHO, Geneva
21. WHO/OMS. (2005-2008). Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado el 12 de 01 de 2016, de [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/key\\_concepts/es/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/es/)
22. WHO (2015) Ecuador: WHO statistical profile, WHO, Geneva
23. WHO/OMS (2016) Urban Health Equity Assessment and Response Tool (Urban HEART) website, available at [http://www.who.int/entity/kobe\\_centre/publications/urban\\_heart/en/index.html](http://www.who.int/entity/kobe_centre/publications/urban_heart/en/index.html)
24. Yanez A (2013) Public Health Policy in Ecuador under the “Buen Vivir” model of development, between 2007 and 2011, International Conference on Public Policy 2013, Grupo Faro, Quito