

INFORME DE VISITA DE CAMPO No 3

25 DE ABRIL DE 2017



Informe sobre reunión con miembros del comité de Monitoreo Estratégico de TB al Implementador Estrategia Comunitaria Plan Internacional.

San Salvador, mayo 2017

CONTENIDO

| | | |
|------|---|---|
| I. | EQUIPO DE MONITOREO | 2 |
| II. | OBJETIVOS | 3 |
| III. | DESCRIPCIÓN DE LA VISITA DE MONITOREO | 4 |
| A. | VISITA AL IMPLEMENTADOR PLAN INTERNACIONAL | 4 |
| 1. | Reunión con el Equipo | 4 |
| 2. | Metas según contrato | 4 |
| 3. | Coordinación del trabajo | 4 |
| 4. | Acciones realizadas de cara al cumplimiento de las metas establecidas | 5 |
| 5. | Dificultades Identificadas | 5 |
| 6. | Preguntas generadas por el equipo de Monitoreo del MCP-ES | 6 |
| 7. | Experiencia de líder comunitario | 8 |
| IV. | CONCLUSIONES | 8 |
| V. | RECOMENDACIONES | 8 |

I. EQUIPO DE MONITOREO

a. El equipo de monitoreo del MCP-ES responsable de la visita de campo:

| NOMBRE | CARGO |
|-------------------------------|---|
| RESPONSABLE DE MISIÓN: | |
| Rev. Sail Quintanilla | Sub Coordinador del Comité de Monitoreo Estratégico |
| ACOMPañAN LA MISIÓN: | |
| Dra. Gloria de cativo | UJMD / Sector Académico |
| Sra. Karla Guevara | Colectivo Alejandría, Sector Poblaciones Claves |
| Sra. Karla Avelar | COMCAVIS Trans, Sector Personas Poblaciones Claves |
| Sr. Álvaro Amaya | No Miembro / Personas afectas por TB |
| Lcda. Marta Alicia de Magaña | Directora Ejecutiva MCP-ES |
| Lcda. Leydies Portillo | Técnico de Monitoreo Estratégico MCP-ES |

b. El equipo del Receptor Principal:

| | |
|---|---------------------------|
| Dra. Guadalupe Flores, Dr. Juan Carlos Ramírez, Dr. Aníbal Ayala y Lcda. Yanira de Orellana | Receptor Principal MINSAL |
|---|---------------------------|

INTRODUCCIÓN

Se presenta la sistematización de la tercera visita de campo del 2017, realizada el 25 de abril, por representantes del Mecanismo Coordinador de País de El Salvador y el Receptor Principal MINSAL. El propósito de la visita es verificar el cumplimiento del compromiso de dar continuidad al trabajo comunitario, avances y dificultades identificadas en la implementación de la estrategia comunitaria que desarrolla Plan Internacional.

Este informe recopila la experiencia de la visita de campo, encaminada a evidenciar la información compartida por el personal de Plan en cuanto a la implementación de la estrategia comunitaria y al fortalecimiento del trabajo comunitario en 21 municipios priorizados de alta brecha de detección de casos que no cuentan con ecos para la prevención y detección de tuberculosis.

El equipo invitado a la visita de campo, estuvo constituido por la Coordinadora del Comité de Monitoreo Estratégico, miembros del Sub Comité de Monitoreo Estratégico de TB, Sub Coordinador del Comité de Monitoreo Estratégico/ Asociación El Renuevo – Sector OBF, Universidad José Matías Delgado / Sector Académico, Asoc. Colectivo Alejandría y COMCAVIS Trans de sector Poblaciones Clave, representantes del sector de poblaciones afectadas miembros y no miembro, OPS - Cooperación Internacional, Dirección Ejecutiva MCP-ES y equipo técnico del Receptor Principal MINSAL.

Participaron en la visita de campo: Asociación El Renuevo – Sector OBF, Universidad José Matías Delgado / Sector Académico, Asoc. Colectivo Alejandría y COMCAVIS Trans de sector Poblaciones Clave, No miembro del sector de poblaciones afectadas, Dirección Ejecutiva MCP-ES y equipo técnico del Receptor Principal MINSAL.

II. OBJETIVOS

Objetivo General

Verificar el cumplimiento del compromiso de dar continuidad al trabajo comunitario, avances y dificultades identificadas en la implementación de la estrategia comunitaria que desarrolla Plan Internacional.

Objetivos Específicos

1. Conocer los avances en la implementación de la estrategia comunitaria de TB.
2. Identificar retos y debilidades en desarrollo del trabajo de campo.
3. Conocer que está haciendo Plan Internacional como implementador de la estrategia de cara a las metas establecidas.
4. Conocer los avances en el trabajo comunitario realizado en los 21 municipios priorizados de alta brecha de detección de casos.

III. DESCRIPCIÓN DE LA VISITA DE MONITOREO

A. VISITA AL IMPLEMENTADOR PLAN INTERNACIONAL

La visita de campo fue realizada el 25 de abril de 2017, las entrevistas hechas por los miembros del comité de monitoreo estratégico del MCP-ES, tuvieron como objetivo verificar el cumplimiento del compromiso de dar continuidad al trabajo comunitario, avances y dificultades identificadas en la implementación de la estrategia comunitaria que desarrolla Plan Internacional. La Lcda. Marta Alicia de Magaña, Directora Ejecutiva del MCP-ES agradeció a Plan y al MINSAL por hacer posible la visita de campo, la idea es que el sub comité de monitoreo que se conformó para TB conozca sobre los avances del proyecto en el periodo de enero a marzo 2017. Cede la palabra al Rev. Sail Quintanilla Sub Coordinador del Comité de Monitoreo Estratégico del MCP-ES quien dirige la reunión, agradeció por atendernos y explicó que es importante conocer el trabajo que se están realizando, avances y dificultades que se están teniendo en la implementación de la estrategia de TB y que será necesario considerar de cara a que se está preparando una solicitud de fondos para TB.

1. Reunión con el Equipo

Durante la reunion fuimos recibidos por: Sub Gerente del Proyecto, Coordinadora del proyecto, Especialista de Monitoreo estratégico y Técnico de monitoreo estrategico de Plan quienes son los implementadores de la estrategia comunitaria, contratados por el Receptor Principal MINSAL. Se procede a la presentacion de todos los participantes en la reunion. La Directora Ejecutiva del MCP-ES Lcda. Marta Alicia de Magaña, comentó que en el caso de las visitas de campo es importante que el acompañamiento sea al mas alto nivel del proyecto, relato que en el caso del MINSAL siempre ha sido asi, solicitó a Plan Internacional hacerlo de esta manera para las proximas visitas de campo de ambos proyectos, ya que despues de las visitas siempre hay decisiones que implementar y eso facilita la toma de deciones.



2. Metas según contrato

Las metas fueron conciliadas y programadas como parte de la nota conceptual presentada en el 2015. Como implementadores de la propuesta en el proceso de ser contratados se hizo un ajuste a las metas, quedando establecidas metas por año, en ese sentido explicaron que las metas para el periodo del 1 de enero al 31 de marzo son: 3168 SR, 9505 BK tomadas, 34Bk+ captados, de los cuales se han logrado: 301 SR, 898 Bk tomadas y 2 positivos. Comentaron que de las 301 personas encontradas como SR se les toman 3 muestras de esputo, que son presentadas al laboratorio de cada establecimiento de salud y de ese total de personas enviadas 2 son casos positivos de TB, sin embargo, explicaron que en el campo hay diferentes condiciones y situaciones en las cuales es difícil obtener las 3 baciloscopias, por ejemplo: la persona en la primera visita cuando es identificado como SR da la primera muestra, se le da la información y se le dejan los frascos para la muestra en la siguiente visita, pero hay condiciones en las comunidades donde las personas no quieren dar la segunda o tercera muestra, se le da la consejería, se le explica y la persona no saca la muestras y no la da, por otro lado, en algunos casos ya no les permiten ingresar a las comunidades, aun cuando van acompañados del personal de salud y a veces algún familiar ejerce influencia directa sobre la persona que se está visitando y no permite que siga proporcionando las muestras.

Explicaron que actualmente están en un proceso de implantación en la comunidad, la capacidad instalada no era la adecuada, los voluntarios había que identificarlos y lo lograron con la ayuda del MINSAL, por otro lado, había que capacitarlos, se ha realizado todo un proceso de pre-implementación.

Por las dificultades presentadas durante el proceso de implementación, luego de todas las gestiones realizadas y de un análisis de las metas planteadas en el contrato, Plan ha presentado un replanteamiento de las metas a MINSAL que está en proceso de revisión, está en gestión y Plan a la espera de recibir comunicación favorable.

3. Coordinación del trabajo

La dinámica para socializar la estrategia de TB, fue a través de una nota oficial del Programa de TB, solicitando una reunión con el personal, desde los niveles de región, SIBASI y unidades comunitarias, se compartió la información, se hicieron programaciones para visita a cada municipio, se ha socializado la estrategia en los 21 municipios, se hicieron mesas multisectoriales con el personal de salud, los puntos de referencia en las UCSF son la enfermera y los

promotores, pero cuando se requiere el apoyo de la UCSF, se hacen coordinaciones a través del Programa de TB, con una nota oficial solicitando el apoyo específico del personal que se requiere y previo a una programación, si surge una actividad se hace a través del médico o enfermera, cuando hay uno o más eventos programados para la misma fecha el equipo se organiza y se distribuye a manera de garantizar que se cumplan los procesos y compromisos que se tienen. Las reuniones a nivel local se hacen con el objetivo de compartir la estrategia, la dinámica de trabajo, las metas, la estrategia de capacitación, la zonas y sectores que se van a visitar.

Explicaron que todas las acciones y requerimientos se trabajan junto con el Programa Nacional de TB, toda la estrategia de TB que se está implementando por Plan se alinea a la normativa nacional de TB, para que todos hablen de lo mismo, por otro lado, hay un tema legal, porque se están tomando muestras y Plan solo es un cofacilitador. Además de los formularios PCTs que proporciona el MINSAL, se cuenta con instrumentos para recolección de datos y se lleva un registro en el sistema SIGPRO, por lo que se creó una hoja de diagnóstico.

4. Acciones realizadas de cara al cumplimiento de las metas establecidas

Se han articulado esfuerzos y coordinación con sistemas comunitarios de salud (ADESCOS), comité de promoción social de alcaldías, comités de salud, con personal de salud, voluntariado de la comunidad.

Para llegar a las comunidades y realizar las actividades de identificación de SR, tienen diferentes dinámicas, hacemos nuestras coordinaciones con los niveles locales de salud que han estado presentes y brindando el apoyo para las visitas de campo, llegamos al lugar y nos dirigimos a la enfermera encargada del Programa de TB en cada UCSF, quien nuestro referente, luego coordinamos con el equipo de promotores, se hacen visitas con el equipo de la UCSF y de manera directa como Plan Internacional con el voluntariado a nivel de las comunidades, diferentes acciones dependiendo de los sectores, porque hay zonas donde como Plan pueden ingresar libremente, pero hay sectores donde no es posible, a veces el personal de salud nos indica los lugares que visitaremos de acuerdo a la programación y si hay alguno lugar que ya no se puede visitar también nos dicen y explican las razones del porqué, a veces es por división de zonas geográficas, límites, etc., lo que nos lleva a buscar otros apoyos, ADESCOS, alcaldías, promotores sociales para hacer los recorridos de estas zonas. Agregaron que hay zonas en las que ni acompañados con el personal de salud no pueden ingresar y no han podido completar el número de muestras por usuario. También realizan visitas casa por casa a nivel de los territorios para recorrer, caseríos, cantones, lotificación, etc.



Cuentan con 115 voluntarios capacitados, distribuidos en los 21 municipios priorizados, donde se han identificado 36 Unidades Comunitarias de Salud Familiar con las cuales se deben hacer coordinaciones.

5. Dificultades Identificadas

No hay penetración en los territorios por el tema de violencia, influencia de otros hacia la persona identificada, la línea de base utilizada no es real, las metas están basadas en datos de población desactualizada, la actitud de la población. Dificultad para obtener la 2da o tercera muestra por distintas circunstancias, en ocasiones las personas no quieren darla, hay influencia de familiares para que no den la muestra, a veces por la violencia el equipo de trabajo entra la primera vez a la zona, pero una segunda vez ya no.

6. Preguntas generadas por el equipo de Monitoreo del MCP-ES

¿Cómo identifican las zonas de riesgo, tomando en cuenta las sectorizaciones que se da actualmente en el país y las condiciones establecidas para el desplazamiento en algunas zonas? ¿Y cómo sabemos que el voluntario nos da una información real de la zona a visitar y que no está poniendo en riesgo al equipo que sale a campo a realizar las actividades comunitarias? R/ como el trabajo es en coordinación con el MINSAL, y este notifica al promotor y los trabajadores de campo el posible riesgo en zonas específicas. Como Plan



en el proceso de pre implementación se hizo el mapeo y 21 diagnósticos a nivel de las comunidades para conocer las condiciones de salud, de violencia social de la comunidad, se pudo identificar focos de TB, se ubicaron grupos de personas junto con el personal de salud y algunas otras organizaciones que hay en los municipios, se hacían reuniones para indagar sobre los sectores y eran los mismos voluntarios lo que indicaban los sectores que tenían dificultades para el acceso, explicando que en algunos había que solicitar permiso para el ingreso, en otros los voluntarios no podían ingresar y las vistas se hacen por el equipo de Plan, esto sirvió para sectorizar las zonas de atención y eso ha limitado el avance a nivel de las comunidades. Para el levantamiento de los diagnósticos se contó con el apoyo de escuelas en algunos casos, alcaldías, miembros de las comunidades, voluntarios y personal de salud.

¿En términos operativos del proyecto, se conoce que porcentaje significa la violencia social? Sería importantes saber cuánto significa la violencia en términos porcentuales de obstáculos para la ejecución del proyecto, porque en base a eso habría que tomar acciones y medidas.

R/ Se tiene el dato de cuantos municipios de los 21 priorizados se tienen dificultad para el ingreso, bajo ese enfoque se pudiera cuantificar el impacto en términos geográficos, pero un análisis más social no se tiene, pero es algo



importante en términos de las propuestas al FM, de cómo la violencia impacta en la implementación, de cara a lo que se hace en el proyecto hay 10 municipios donde se tiene dificultad. Explicaron que cuando se consulta al personal de salud refieren que no han ingresado a algunas comunidades porque no les es permitido, o porque las personas han migrado por la misma situación de violencia y no se tienen el acceso a las zonas, los equipos de trabajo no se pueden exponer, mencionaron que hay lugares donde ni la PNC está ingresando.

Miembro del comité de monitoreo que acompañó la visita mencionó que es importante el avance que Plan tiene con los diagnósticos por municipio, que pueden ser la base para hacer un análisis profundo que nos lleve a tener datos más concretos, de que porque los proyectos no están teniendo el impacto que deberían de tener a nivel de país, que no es problema de las instituciones que están al frente de los proyectos sino de la problemática que se está desarrollando a nivel nacional, pero no hay manera hoy por hoy de dar la evidencia, aunque se tienen datos de población con los que se trabajó la propuesta, que científicamente son válidos, al ir al campo y en la realidad al tener una dinámica tan cambiante en el país, esa población ya no es la misma en términos cuantitativos.

¿Cómo retoman los casos de las personas a las que no se les pudo tomar la 2da o 3era muestra? ¿Qué tipo de gestión o coordinaciones han hecho para tratar de obtener las muestras y retomar estos casos?

R/ En el tiempo de implementación del proyecto se han tenido 5 personas con esta dificultad, entre las acciones que se hacen es comunicarlos al nivel local de salud, se programa una visita coordinada con los equipos, se solicita el apoyo del promotor de la zona y se busca que otra instancia puede apoyar en la comunidad, si es posible un líder local, con miembros de iglesias, personas afines y familiares para ver de qué manera se logra conseguir que la persona acepte dar la muestra restante haciéndole ver el riesgo, pero todo se negocia y coordina con el personal de salud.

¿Qué otras instancias podían sumarse en apoyo a este trabajo? R/Hay zonas donde han buscado grupos de apoyo, redes, ONGs que están en las comunidades, se ha buscado el apoyo de los promotores sociales de las alcaldías, con la PNC no se ha hecho una coordinación directa porque se conocen los riesgos que esto conlleva.

¿Cuentan por Plan de trabajo por unidad de salud o es unificado? R/Hay un plan general, pero con cada municipio se trabajan acciones concretas de cómo se va a implementar el plan general, eso se construye a nivel local y cuenta con metas, acciones desagregadas por municipio, se trabaja tomando en cuenta la planificación que incluye cada el plan.

¿Se conoce el dato de población que existe en los 21 municipios priorizados? Tomando en cuenta la meta establecida y el alcance en el primer trimestre podemos decir que aún están bajos, entonces, ¿cuál es el factor predominante para no cumplir la meta? Porque, aunque se está en proceso de negociación entre ambas instituciones, si esta se logra, podría continuar igual el cumplimiento si no se identifica ese factor, que es el riesgo para el no cumplimiento de la meta, a pesar de los esfuerzos que se están haciendo, será que no existe la misma población de acuerdo al censo, y prever para el futuro no estar en la misma situación.

R/ las metas de población utilizadas para elaborar la propuesta es el censo de población 2007, que ya está desactualizado pero no se tiene otro, por otro lado se ha realizado un ejercicio interno y externo de cara a lo que más limita encontrar a las personas, sobre todo si se hace un trabajo comunitario, y no es directamente proporcional si decimos que vamos a ver un número X de personas o viviendas, porque si por ejemplo se visitaron 10 pero no necesariamente los 10 son sintomáticos respiratorios, aquí hay un tema de probabilidad, que no lo podemos controlar y es importante analizarlo, porque aunque hayan dicho que hay un foco en una comunidad, en las casas alrededor no necesariamente se va a encontrar una persona con TB, hay otros factores individuales que influyen en la presencia de la enfermedad y esto se debe tener claro. Por otro lado, se ha analizado, más allá de las proyecciones de las metas que son bastante ambiciosas, que no es que sea malo, pero tomando en cuenta las exigencias de los donantes debemos ser cuidadosos, por la información que utilizamos, porque cuando vamos al campo nos damos cuenta de que no son reales, lo ideal sería que pudiéramos contar con una línea de base real para el proyecto de TB, es caro, pero se puede hacer con los datos que registra el MINSAL y con los que ahora se registran desde Plan, es una idea que está en proceso, porque no debemos proyectarnos con datos que a la fecha ya no son reales, porque los análisis tampoco son reales. Además, haciendo un análisis operativo de la estrategia, los municipios son altamente dispersos y por lo tanto se deben crear estrategias más focalizadas, que en este caso no se puede porque se deben cumplir las metas de los 21 municipios priorizados, y los esfuerzos se dispersan, es aquí donde se deben distribuir los equipos en campo, pero es complejo este trabajo.

Se cuenta con diagnósticos, mapeos, promotores de salud, enfermeras, voluntarios, **¿Quiénes son los voluntarios y como han sido identificados? ¿Y si ubican áreas de riesgo?**

De manera directa no conocemos a los líderes comunitarios, el voluntariado ha sido identificado con el apoyo del personal de MINSAL identificando líderes, han realizado reuniones, se ha capacitado voluntarios incluyendo personal de salud, en esas jornadas se hacen reuniones mensuales donde se hacen las programaciones de trabajo, fechas para llevar muestras a los establecimientos, fechas en las que el equipo de Plan asiste con la enfermera, fechas en las que asiste con el promotor y en las que asiste el voluntariado con personal de Plan.

En coordinación con MINSAL se definió el perfil para voluntarios: ser mayores de edad, saber leer y escribir, tener algún nexo con la unidad de salud, ser conocido en la comunidad y que sea de la comunidad, el personal de salud lo identifique a través de la enfermera o es un voluntario de otro programa de salud. Algunos tienen conocimientos porque han estado activos en el Programa de TB, al que no conoce se le brinda el programa de capacitación en base al manual de voluntarios comunitarios del Programa de TB para formar parte del equipo implementador de la estrategia, está capacitación la hace Plan en conjunto con el establecimiento.

¿Siempre salen con los promotores de salud o hay un momento que Plan sale solo a hacer el trabajo de campo?

Se hacen coordinaciones para hacer el trabajo, pero se hace trabajo en conjunto como Plan por separado, para cubrir más zonas.

7. Experiencia de líder comunitario

Sr. Álvaro Amaya, con experiencia en el área comunitaria, destacado por su liderazgo, explicó que la estrategia es compleja, en algún momento se ha reunido con personal de Plan que trabaja la zona de Tonacatepeque, donde se ingresa por el límite geográfico, por su experiencia y conocimiento del tema, identifica casos BK+. Comento que para que Plan ingrese a las zonas, el cómo líder comunitario ha realizado acciones, articular con la directiva, su trabajo lo realiza cualquier día y en cualquier horario

IV. CONCLUSIONES

- ✓ Es necesario hacer un análisis más profundo de la realidad de las zonas de trabajo que permita establecer una línea de base del impacto social en la ejecución de las subvenciones.
- ✓ Hay que hacer una revisión fidedigna para valorar la implementación de la estrategia.
- ✓ Hay comunidades en donde no se puede ingresar por las situaciones de violencia y son zonas de alto riesgo.
- ✓ Altas metas con una estimación de población inflada que no permite establecer líneas de base reales, lo que hace difícil cumplir las metas del proyecto.
- ✓ Hay una buena coordinación con las unidades de salud, sin embargo, los obstáculos identificados dificultan el trabajo en campo.
- ✓ Compartir las nuevas metas ya con el acuerdo con el MINSAL
- ✓ Las metas son ambiciosas y las condiciones dificultan encontrar SR
- ✓ Estimaciones poblacionales desactualizadas
- ✓ Las acciones no son focalizadas
- ✓ Plan unificado e implementado con todas las unidades

V. RECOMENDACIONES

- ✓ Como MCP-ES hacer el análisis de la situación social del país y su impacto en la ejecución para elaborar un estudio que determine una línea de base sobre esta situación.
- ✓ Acciones a tomar en los municipios con violencia, focalizando las atenciones en lugares donde hay SR.
- ✓ Dar seguimiento por parte del MCP-ES a la negociación que está realizando Plan y MINSAL en la revisión y negociación de las metas para los años restantes, para acercarlas a la realidad.
- ✓ MCP-ES y RP puedan revisar la estrategia para el próximo proyecto, estableciendo indicadores más realistas y medibles.
- ✓ Trabajar en equipo
- ✓ Mejorar trabajo con voluntarios, incentivos y estar más cerca de ellos dando seguimiento y apoyo.
- ✓ Determinar líneas de base más reales en base a datos de población actualizadas, tomando en cuenta las zonas de alto riesgo.
- ✓ Coordinaciones con otros actores claves, (ONGs, consejos municipales, comunales).
- ✓ Incluir otras acciones para la captación de BK, como campañas de pruebas y medios publicitarios.