

MANUAL DE EPIDEMIOLOGIA COMUNITARIA

Gianni Tognoni
(editor)

Edición CECOMET
1997

Índice

Presentación	
Notas para una definición muy simple y muy problemática	11
Sección I	
Cap. 1: Raíces. Por qué, cómo, para quién, un manual de Epidemiología Comunitaria	15
Cap. 2: El contexto y los desafíos conceptuales y metodológicos de la Epidemiología Comunitaria.	19
Sección II	
Cap. 3: Aplicación de la Epidemiología Comunitaria con Promotores de Salud y Auxiliares de Enfermería en el Área de Salud Borbón - Esmeraldas, Ecuador	27
Cap. 4: Epidemiología Comunitaria en área urbana: la experiencia de la comunidad de San Roque en El Salvador	75
Cap. 5: J&G - Epidemiología Comunitaria como comunicación compartida: un proyecto de Bolivia.	111
Cap. 6: Los tantos escenarios de la Epidemiología Comunitaria.	129
Cap. 7: Lenguaje e imágenes de Epidemiología Comunitaria: Mis amigos del barrio	137
Sección III	
Cap. 8: Las palabras claves de la Epidemiología Comunitaria.	147
Cap. 9: Métodos e instrumentos de cuantificación en Epidemiología Comunitaria	161
Cap. 10: ¿Cómo documentarse en Epidemiología Comunitaria?. Las fuentes bibliográficas	209
Conclusión Mirando hacia adelante: guía para una utilización participativa del manual	215

Presentación

Los autores de este manual son evidentemente más numerosos que los que han hecho un esfuerzo para traducir las diferentes experiencias en palabras, cuentos, pautas. El horizonte que los une es el que se ve al ponerse en la ventana que Eduardo Galeano ha abierto sobre la utopía:

Ventana sobre la utopía

Ella está en el horizonte - dice Fernando Birri - Me acerco dos pasos, ella se aleja dos pasos. Camino diez pasos y el horizonte se corre diez pasos mas allá. Por mucho que yo camine nunca la alcanzaré.

Para que sirve la utopía?

Para eso sirve: para caminar.

(E Galeano, Palabras andantes)

Sin tener el privilegio y el sabor de la belleza, también las palabras que en el manual se proponen tienen como vocación profunda y razón de ser, el deseo de seguir caminando.

Las direcciones de los grupos se encuentran al final del manual, quieren ser en este sentido una indicación de lugares donde, los que quieren, pueden “hacer etapas” en el camino, para conocerse ante todo y para preguntar, escuchar, compartir, profundizar, reconocer, planificar, descansar.

Para trabajar en Epidemiología Comunitaria en el sentido de este manual es preciso compartir, aunque sea como deseo o ilusión, la convicción de que las ideas y las herramientas técnicas son una, necesaria pero no la primera, de las condiciones para que la medicina sea

un paso para alcanzar el horizonte de una vida digna. Los grupos señalados, cada uno según su propia competencia y su ubicación, cultivan la utopía difícil de esta vida.

Quizás el producto más interesante del uso del manual pueda ser sencillamente otra lista donde los nombres se agreguen paulatinamente hasta constituir una red grande, donde se practiquen, se perfeccionen, se multipliquen las experiencias y las investigaciones de Epidemiología Comunitaria, que se originan en las comunidades y al mismo tiempo producen comunidades donde los derechos básicos de la vida son compartidos.

La epidemiología comunitaria de hecho no es sino una de las maneras para mantener viva la memoria del derecho de todos a una ciudadanía concreta y no formal. Quizás esa pueda ser una pequeña contribución, al planteamiento de los “municipios saludables” que ocupa la atención de muchos programas en América Latina y que necesita la credibilidad de un cumplimiento evaluado por el número de ciudadanos capaces de autonomía.

Gianni Tognoni

Editor:

Gianni Tognoni

Autores - o los que han puesto un granito de arena compilando información y ordenando cada capítulo:

Mariella Anselmi (Ecuador)

Zeno Bisoffi (Italia)

Dorotea Cecchetto (El Salvador)

Juan Martín Moreira (Ecuador)

Alberto Narváez (Ecuador)

Gianni Tognoni (Italia)

Consejo Editorial de la revista J & G (Bolivia)

Notas para una definición muy simple y muy problemática

Comunidad es evidentemente el término clave que está detrás de la apelación “Epidemiología Comunitaria”. Una propuesta de *definición de comunidad* es necesaria por el hecho de que esta palabra puede hacer referencia a realidades heterogéneas:

- por un lado puede ser vista como otra manera de hablar de una entidad clásica de la epidemiología, es decir la población;
- por otro lado comunidad evoca (más intuitivamente y característicamente) a grupos humanos homogéneos por características culturales, antropológicas, de razas (las “comunidades indígenas” son el ejemplo más representativo de esta significación, que evoca también el concepto y la imagen de minorías, de grupos pequeños);
- comunidad sugiere genéricamente situaciones de convivencia humana con características de proximidad y condisión de condiciones y de proyectos de vida;
- una contribución importante a lo que es una comunidad viene de la evocación de situaciones que (en la realidad y aún más en la imaginación) nos hacen pensar en lo que no es una comunidad, ni pueden ser descritas en términos comunitarios, por sus características de anonimato, de extensión: las masas periféricas de las grandes ciudades vienen a la mente como modelos de esta “definición en negativo”.

En una perspectiva de Epidemiología Comunitaria, el término “comunidad” no se preocupa de corresponder a uno o a otro escenario: es muy flexible, por el hecho de que hay tantos y diferentes tipos de “comunidades”. Es cierto que el acercamiento y el porque de la Epidemiología Comunitaria tienen sus raíces y se interesan de manera privilegiada en las situaciones de vida marginales, desfavorecidas, periféricas con respecto a la estratificación social, económica y a los recursos sanitarios. Pero comunidad y comunitario no quieren calificar a la Epidemiología Comunitaria como algo que se interesa exclusivamente en lo que sucede en las periferias y en las micro-realidades.

Comunidad y comunitario definen sobre todo un estilo de trabajo y un objetivo:

- hacer epidemiología, no sobre o alrededor de grupos humanos (o poblaciones), si no *con* estos mismos grupos;

- estos grupos pueden ya tener características de integración y de identidad comunitaria, o pueden ser parte de un proyecto que mira a transformar su anonimato y fragmentación en algo más próximo a una identidad colectiva, a través del trabajo de una epidemiología que incluye dentro de sus objetivos la promoción y el desarrollo de culturas, prácticas, actitudes que favorezcan la búsqueda participada y colectiva de la equidad en las condiciones de vida-salud.

Comunidad-comunitario se refiere en este sentido básicamente a realidades pequeñas, donde la participación es más perseguible y practicable: pero estas realidades pequeñas pueden ser “módulos” de las tantas redes de las tantas comunidades que constituyen la complejidad de la sociedad y de sus múltiples periferias.

El acercamiento básicamente cualitativo de la Epidemiología Comunitaria en una comunidad pequeña, particular, aislada se integra y complementa naturalmente con miradas y medidas formalmente cuantitativas. Las raíces obligatoriamente mono-comunitarias de la Epidemiología Comunitaria son el punto de partida y la condición indispensable para ampliaciones multicéntricas, donde las identidades individuales no se pierden si no que se integran recíprocamente.

Sección I



Capítulo 1

Raíces.

Por qué, cómo, para quién, un manual de Epidemiología Comunitaria

Las manuales que se respetan son lugares y momentos de llegada, y aún más, son puntos y herramientas de donde salen caminos. El texto que aquí se propone no es una excepción: es el producto de historias verdaderas, que se han desarrollado en lugares concretos, protagonizadas por comunidades-personas que han pensado que algunas de sus experiencias teórico-prácticas se habían cristalizado lo suficiente para que el camino que ellas siguen haciendo pueda ser compartido.

Los manuales pretenden muchas veces darse una credibilidad y un valor general y permanente, borrando los caminos, las incertidumbres y las experiencias dudosas que se han acumulado en el proceso de formular los principios, las recomendaciones y el saber que proponen. Imaginan y necesitan usuarios estudiosos y obedientes, capaces de cumplir con las pautas que se presentan como reglas bien establecidas, reproducibles y que aseguran resultados fiables.

La opción de este manual ha sido distinta: lo que es importante es el *reconocimiento* del camino, que para reflejar la especificidad de las vidas de las comunidades debe tener como regla estándar solamente la decisión, la capacidad y la paciencia de acompañar desde adentro a las poblaciones para que las experiencias que ellas viven puedan traducirse en un saber-conciencia. Las reglas no pretenden ocupar el primer plano: se ocultan, se adivinan, se experimentan en cuentos que quieren lectores involucrados en caminos mentales y en prácticas con raíces en situaciones similares.

El objetivo no es de buscar discípulos listos a cumplir con pautas, si no compañeros dispuestos a acompañar un número aún más grande de comunidades en la producción de la inteligencia de sus condiciones de vida.

El cientificismo que plantean y ayudan a producir los manuales de la epidemiología clásica es el de la reproductibilidad: las realidades heterogéneas deben reconducirse a variables e indicaciones que permitan sacar “conocimientos” generales, a partir de los cuales tomar decisiones también generalizables.

Este manual asume como necesaria e imprescindible a la epidemiología general: pero también quiere ser la memoria de la mayoría de las poblaciones para las cuales los planes de intervención se producen con métodos “científicos”, para las que viven, enferman y mueren, para las que se toman decisiones fuera de las fronteras diseñadas por las reglas y las pautas.

La epidemiología actualiza y diseña con mucho cuidado estas fronteras. Con más precisión y coherencia aún los informes sanitarios, sociológicos y económicos producidos a nivel nacional e internacional coinciden en un diagnóstico que informa que lastimosamente estas fronteras parecen ser resistentes a cambios positivos e importantes. Aún más: los informes predicen que la permanencia de estas fronteras es necesaria para no producir disturbios dramáticos en la economía mundial. Los manuales clásicos siguen enseñando como medir fiablemente las consecuencias “epidemiológicas” de este “destino estructural” de la humanidad.

Las poblaciones que viven detrás de estas fronteras científicamente delimitadas no necesariamente están contentas con este destino, ni satisfechas de la declaración de su legitimidad general. Un manual de Epidemiología Comunitaria es una de las herramientas que se pueden poner a disposición de estas mayorías para no aceptar pasivamente su destino de indicadores negativos (cuantitativamente bien definidos, y anualmente actualizados) de la “epidemiología del ajuste”.

La contribución de la epidemiología general al desarrollo de la medicina en la sociedad, ha sido el de explorar y ayudar a “conocer” (para modificar) las relaciones entre las enfermedades individuales y sus causas generales. Frente a una decisión de la medicina y de la sociedad de restringir los beneficios de estos conocimientos a los ciudadanos con derechos económicos, la Epidemiología Comunitaria propone el desafío de restituir los conocimientos a los que más los necesitan, para que, en la medida de lo posible, sus vidas particulares no sean totalmente “dependientes” de las decisiones tomadas en nombre de reglas que se pueden continuar llamando científicas por el hecho de que han decidido que el “ruido de fondo” de la mayoría no se puede modificar, y que por lo tanto no existe.

A pesar de todos sus desarrollos metodológicos, conceptuales, analíticos, la epidemiología general se ha transformado progresivamente en una disciplina que mide, desde el exterior, los problemas provocados por los modelos de desarrollo de la sociedad. Hay una asimetría impresionante entre los conocimientos que se poseen y su capacidad de modificar la realidad que describen.

Frente a este poder de las “epidemiologías del ajuste” (que se expresan en todos los países, del Norte y del Sur del mundo, aunque evidentemente con impactos cuantitativamente distintos), la Epidemiología Comunitaria podría aparecer aún más marginal o inútil: ejercicio de solidaridad, quizás trampa que pretende substituir los cambios necesarios con la concientización participativa.

Los caminos propuestos en este manual no parecen ir en esta dirección. La pregunta, y las dudas sobre el papel de la Epidemiología Comunitaria (que son cualitativamente las mismas con respecto al “poder de cambio” de la epidemiología general) permanecen todavía. Lejos de representar un lado débil de la Epidemiología Comunitaria, estas dudas reconducen de hecho todas las epidemiologías a la raíz de su rol en la sociedad: ser herramientas de exploración de las posibilidades de existencia y de gozo de los derechos fundamentales de la vida (de los cuales salud es uno de los indicadores) por parte de todos.

Se definen así los destinatarios-usuarios de este manual: todos los que se encuentran por su profesión y sus decisiones personales, en la frontera entre salud y sociedad, entre derechos posibles y violaciones de estos derechos, entre una imagen de la historia concreta del mundo como tiempo en búsqueda de democracia substancial y otra que lo ve como crónica de la afirmación y supervivencia de los más poderosos. Esta definición de usuarios coincide con la de “operadores o trabajadores de salud”, que son cada vez menos los graduados con varios títulos de las diferentes escuelas y más los que son competentes en derechos de vida, a través del indicador de la salud.

Esta definición refleja también al grupo de trabajo que a lo largo de los últimos años ha participado en el crecimiento de este texto antes y sobre todo en el terreno. Las competencias del grupo describen la continuidad necesaria entre la sabiduría de los que viven en comunidades antiguas, la inteligencia que se descubren los promotores de un área urbana donde no hay traza de comunidad, la competencia clínica de trabajadores de salud de todos los grados, nacionales y cooperantes internacionales, la capacidad de organización de líderes, naturales e institucionales, de comunidades rurales y urbanas, los caminos de investigación de expertos de metodologías epidemiológicas.

La Epidemiología Comunitaria no es de hecho una disciplina “menor”, o una ayuda aproximativa a racionalizar las emociones. Es un área muy exigente de experimentación de la capacidad y posibilidad de no condenar a las poblaciones a ser “objetos” de conocimientos (lo que significa en los contextos actuales de ajustes permanentes, anónimos, de largo plazo, “víctimas” de las planificaciones que los conocimientos producen) y que en nombre de la verdad antigua sean sujetos de derechos, de conocimiento y de vida. Los tantos y heterogéneos “expertos” que han vivido esta experimentación, proponen el manual a los que quieren compartir el desafío: porque no pueden aceptar que esa antigua verdad sea considerada no más que una hipótesis, que se puede tomar en serio solamente cuando haya tiempo y recursos.

La construcción material de un texto de Epidemiología Comunitaria no puede más que reflejar el camino general del proyecto subyacente de Epidemiología Comunitaria:

- a) el marco de referencia cultural y metodológico de la Epidemiología Comunitaria (cap. 2);
- b) la sección central dedicada a:
 - los *cuentos de historias de Epidemiología Comunitaria*: es preciso subrayar que el respeto de las diferencias de los estilos de estos cuentos es un elemento central de los mensajes metodológicos del texto (Cap. 3, 4, 5);

- la presentación de escenarios ampliados de Epidemiología Comunitaria (cap 6);
 - el lenguaje y las imágenes de la Epidemiología Comunitaria (cap 7);
- c) la sección dedicada a la reformulación de los conceptos (Cap. 8) y de las herramientas (Cap. 9) de la Epidemiología Comunitaria trata de documentar la importancia de considerar los aspectos técnicos y teóricos en estrecha continuidad con los contextos en los cuales se aplican, para descubrir que la obediencia a sus reglas es más productiva si no se olvida ser flexible y creativo frente a la heterogeneidad de las realidades;
- d) la conclusión propone caminos posibles de utilización del manual: la hipótesis que se hace es obviamente la que ha abierto estos apuntes: que el punto de llegada, sea un camino hacia adelante.

Una última nota, no de última importancia. El camino de Epidemiología Comunitaria del que se propone el cuento, no se hace en el aislamiento, o en la contraposición con otras contribuciones o acercamientos de la epidemiología, o más en general de las disciplinas más clásicas. Al revés: debería ser muy fácil, para los que siguen la literatura científica más actualizada, reconocer muchos puntos de contacto con desarrollos metodológicos y conceptuales que aparecen en revistas de supuesto prestigio científico y en informes formales e informales sobre salud, desarrollo e indicadores. La bibliografía que se propone quiere reconocer explícitamente la continuidad y la complementariedad de las tantas contribuciones sea en la formulación teórica, sea en la búsqueda-evaluación de soluciones operativas.

Una observación conclusiva: es un hecho bien conocido que el control de la comunicación es uno de los mecanismos fundamentales del poder. Las comunidades no tienen voz: no pueden ser citadas en los circuitos oficiales, más o menos científicos, donde se toman las decisiones que determinan su destino, si no se transforman en cantidades precisas, en tablas claras, en datos que permitan controlar las dudas.

Uno de los objetivos y propuestas de este manual es estimular la visibilidad, sin disfraz, de la literatura de la Epidemiología Comunitaria: su "particularidad" no es una curiosidad, o una lectura más o menos interesante, para el tiempo libre, si no uno de los criterios e instrumentos más duros para controlar así, como, en que medida la literatura "general" refleja la complejidad, los gritos, las expectativas, las posibilidades de lo que existe.

Capítulo 2

El contexto y los desafíos conceptuales y metodológicos de la Epidemiología Comunitaria

Los trabajadores de salud (definidos en los términos ampliados propuestos en el primer capítulo) que quieren adoptar una perspectiva de Epidemiología Comunitaria se encuentran con las preguntas básicas que cualquier persona responsable debería hacerse en el momento en el que se propone “intervenir” (no importa como: con propósitos de conocimiento “puro”, o con planes que modifican las estructuras del vivir) en una comunidad humana:

- 1) cómo ubicarse de manera que no se produzcan daños;
- 2) cómo producir algo útil;
- 3) cómo medir la eficacia y la eficiencia de la intervención (que quiere decir: como asegurar resultados proporcionales a los recursos, y con un impacto visible);
- 4) cómo garantizar la fiabilidad de los datos que documentan y permiten evaluar la intervención;
- 5) cómo hacer de la intervención una oportunidad más para aumentar y mejorar el nivel de la comunicación (y por eso de la autonomía!) de la comunidad en su interior y hacia el exterior, a corto y largo plazo.

Para contestar adecuadamente a estas preguntas la Epidemiología Comunitaria necesita referirse a cinco “escenarios”. Como se subrayaba en la introducción, no se trata de cuadros de referencia contruidos de antemano, o propuestos a las comunidades como marcos generales de reflexión. Los elementos incluidos en los escenarios han llamado la atención de los integrantes de los proyectos en varios momentos y con diferentes enfoques; se han cruzado y profundizado en discusiones generales y en encuentros orientados a tomar decisiones sobre como actuar: han sido discutidos con

compañeros-colegas que compartían las experiencias, pero también con aquellos que se referían a uno u a otro de los escenarios para criticarlos y declararlos ridículos, inútiles, o no fiables.

Los proponemos muy brevemente aquí, antes de entrar en el “cuerpo” del manual por tres razones:

- a) los mensajes generales y las implicaciones concretas de los escenarios representan por lo menos en el mediano plazo *elementos técnicos* (no solo genéricamente políticos) indispensables para ubicar y explicar la originalidad de la Epidemiología Comunitaria con respecto a los otros acercamientos epidemiológicos a los problemas de la salud en la sociedad;
- b) en los capítulos centrales del texto los escenarios no se mencionan nunca directamente: sin embargo muchos de sus elementos entran en el proceso de identificación de prioridades y de elección de las herramientas de intervención;
- c) los títulos que se proponen para los escenarios constituyen una primera aproximación a la construcción de un listado de palabras claves que definen operativamente la Epidemiología Comunitaria (ver la última sección del manual, y específicamente los cap. 7, 8 “las palabras clave..” y 10 “cómo documentarse..”).

Escenario 1 - Globalización

Los contenidos, los determinantes, la ideología, los datos, las perspectivas de este proceso que desde hace algunos años parece resumir las líneas de desarrollo del mundo son objeto de muchas publicaciones y debates, y no le compete a este manual discutirlos. Sin embargo algunos elementos del proceso afectan más directa y profundamente la vida de las comunidades y merecen ser subrayados:

- a) la globalización se presenta como un “absoluto” (se ha hablado justamente de una teología, en el sentido más autoritario del término): algo que viene de afuera y de arriba; sus leyes no se pueden modificar: los que están autorizados a decidir las excepciones o los cambios de dirección son muy pocos y anónimos;
- b) este absoluto declara que las realidades particulares no tienen perspectivas de autonomía real: su destino es el de ser el espejo pasivo de lo que pasa en lo global;
- c) las informaciones que describen la vida de estas realidades están orientadas principalmente hacia fuera: sirven para establecer estadísticas generales, medir tendencias, permitir evaluaciones, interpretaciones, planificaciones de parte de los contralores-garantes de la globalización;
- d) la globalización pide una fe absoluta en su bondad, que va a aparecer, sin duda, aunque sea a largo plazo: la misma documentación sobre el hecho de que la brecha entre ricos y pobres se amplía debe ser considerada una verdad aparente; su interpretación auténtica es que estas brechas (lastimosamente llenas de gente que muere y sufre realmente) no representan nada más que el pasaje obligado hacia un tiempo sin brechas y sin diferencias.

👉 Escenario 2 - Indicadores epidemiológicos y socioeconómicos

Se han desarrollado muchísimo y de manera muy sofisticada en las últimas décadas y permiten producir cada año perfiles comparables del desarrollo de los diferentes países. El desarrollo de estos indicadores ha sido posible a través de la organización de estudios muy extensos, de investigaciones multidisciplinarias, de verificaciones repetidas. El Banco Mundial, con sus equipos técnicos y sus recursos, aún más que la Organización Mundial de la Salud, ha sido uno de los grandes protagonistas de este desarrollo técnico y conceptual.

El resultado neto de la disponibilidad de estos indicadores (que acompañan y documentan el impacto del proceso de globalización en los diferentes países) es doble:

- a) no se puede decir que la información no sea disponible: todos pueden saber todo; a nivel central se sabe infinitamente más cuantitativa y cualitativamente de lo que se conoce donde la información ha sido generada, y donde los procesos de ajuste producen sus consecuencias;
- b) la tendencia general de estos datos de la “epidemiología del ajuste” es de presentarse como muy conscientes del sufrimiento que es el objeto de su investigación, pero dicen que es difícil ver soluciones. Las siempre más nuevas y profundizadas investigaciones epidemiológicas se muestran de hecho muy repetitivas en su mensaje de fondo: los “fregados son fregados en todo”. Los datos de salud confirman-respaldan los datos de educación, de economía, de sociología.

👉 Escenario 3 - Las ciencias de las pequeñas comunidades

Los últimos 15 a 20 años han visto el crecimiento rápido y extenso de investigaciones y conocimientos que ponen en relación los datos de salud-enfermedad, el rol de la medicina, los éxitos y los fracasos de las intervenciones de salud pública, con los factores más “cualitativos” de la micro-sociología, de la antropología, de la psicología. Se ha planteado, con evidencias crecientes y resultados muy sugestivos, que las intervenciones en salud deben tomar en cuenta con más cuidado las características culturales y de ecología psico-social de los distintos grupos humanos.

A pesar de sus contribuciones importantes principalmente a una concepción de la medicina menos rígida y cerrada en horizontes biologists, las técnicas y los métodos de análisis e intervención utilizados por las disciplinas mencionadas arriba presentan características que las hacen, por lo menos, ambiguas en términos de Epidemiología Comunitaria:

- a) se trata en la mayoría de los casos de intervenciones aisladas, que vienen desde afuera, que se proponen ocasionalmente;
- b) aunque muchas veces se desarrollen con técnicas “participativas”, ven como protagonistas principalmente a expertos externos a las comunidades;
- c) requieren normalmente tiempos largos y recursos importantes, que son difícilmente compatibles con las condiciones reales de inestabilidad e informalidad de la mayoría de las comunidades afectadas por los procesos rápidos de los ajustes de la globalización.

👉 Escenario 4 - Medicina y sociedad

Los años que vivimos nos hacen espectadores de un fenómeno cada día más evidente y que tiene dos caras complementarias:

- a) la medicina tiene un poder de intervención, una capacidad de conocimiento, una importancia socio-cultural que se amplían y profundizan continuamente, produciendo una imagen de autonomía y de respeto y grandes expectativas;
- b) la medicina es cada día más uno de los sectores del mercado, dependiente de sus leyes y exigencias; los conocimientos “científicos” médicos pueden traducirse en intervenciones en favor de los que las necesitan solamente si las barreras de las diferencias de clase económica y social lo permiten.

Esta ambigüedad de la medicina es común en el Norte y en el Sur del mundo, coherentemente con el hecho de que el mercado homogeneiza todo: en todos los países la doble identidad de la medicina como servicio y como mercado produce situaciones de desigualdad en términos de indicadores de salud, que se añaden y confirman los indicadores socioeconómicos a través de dos mecanismos principales:

- a) la no-accesibilidad de grupos humanos más o menos numerosos a los recursos “esenciales”, que deberían ser un derecho inviolable;
- b) la distribución y promoción dentro de los grupos más desfavorecidos de remedios inútiles (y que hacen gastar más dinero), aprovechando de sus carencias de información y de educación, y de sus expectativas de “recibir algo”.

La medicina se configura así (cómplice el silencio-consentimiento de la mayoría de los médicos y técnicos que necesitan trabajar y disfrutar los aspectos del mercado) como una maniobra importante de olvido de los procesos de marginalización material y cultural de las comunidades urbanas y rurales, que más evidentemente en los países del Sur del mundo, son el producto de los procesos de “globalización”, también descritos en los indicadores mencionados arriba.

👉 Escenario 5 - Lo cotidiano y lo particular

Los escenarios presentados arriba (con sus caras ambiguas, de conocimiento y de marginalización, de promesas de largo plazo, y de amenazas-sufrimiento aquí y ahora) no incluyen ni pueden prever los ritmos, los tiempos, las particularidades de las comunidades humanas reales. Sus “sumas”, que producen números con los cuales se pueden producir estadísticas y proyecciones son necesarias y suficientes.

La Epidemiología Comunitaria es la herramienta de visibilidad y de “toma de palabra” de las comunidades individuales. El objetivo no es evidentemente de aislarlas ni de pretender que constitu-

yan “unidades independientes” de conocimiento o de intervenciones. Al revés: se trata de mantener en cada una de estas “unidades” su identidad, para que puedan agregarse, crecer, comunicarse, hasta constituir poblaciones donde las caras de las personas no sean sin embargo borradas o indistinguibles.

Para expresarse, reconocerse, mantenerse, la identidad de las comunidades necesita una atención particular y distinta en cinco dimensiones:

- 1) *La geografía*: las calles, las casas, las distancias: como lugar de la cotidianidad, donde las variables de riesgo se manifiestan y se encuentran todos los días, con sus márgenes de evitabilidad o necesidad (desde las picaduras que transmiten las infecciones, hasta las tantas violencias que con la pobreza, han quitado desde hace tiempo al término “comunidad” cualquier sonido de tranquilidad).
- 2) *El tiempo*: es necesario un paradigma opuesto al que se adopta para investigaciones clínicas o epidemiológicas. La Epidemiología Comunitaria debe acompañar al ritmo de la comunidad que incluye: los retrasos de los cambios por falta de recursos, educación, voluntad; la agudeza de los cambios producidos por las medidas de ajuste o los eventos locales; la fragmentación de las intervenciones y de los programas, por la precariedad de las personas y de los abastecimientos.
- 3) *Las historias* de personas que proponen continuamente la mezcla ineludible (la única que es el reflejo verdadero de la realidad) entre lo que pasa en la casa, en el cuerpo, en las relaciones, y que viven diariamente la experiencia de impotencia de poder modificar algo.
- 4) *Los datos*, que no se pueden tan sencillamente pre-estandarizar que deben ser sencillos, coherentes con las capacidades presentes, que son más del tipo cuento cualitativo que de síntesis-abstracción;
- 5) *Los resultados*, que no son traducibles en la mayoría de los casos en tablas-figuras “definitivas”, o con poder estadístico. En una lógica de acompañar a las comunidades, los resultados que en la epidemiología general son “reconocidos” si se traducen en medidas cuantitativas, en probabilidades de riesgo, en estimaciones de significatividad, sirven para que la comunidad pueda ubicarse y reconocerse:

- en su geografía, frente a su cotidianidad de riesgos y de historias;
- en cada momento de un camino del cual es importante mantener presentes los tantos eventos que han pasado y no solamente las fechas de comienzo y de término.

Guía de lectura y de utilización de los casos modelos elegidos para este manual

Las situaciones concretas que han permitido y estimulado la formulación de los conceptos generales presentados en esta primera sección son muchas: incluyen experiencias, memorias, personas que a lo largo de 20 años han caminado más o menos implícitamente los caminos de la Epidemiología Comunitaria a lo largo de todos los países (campo y ciudad) de América Latina. En los casos

que se presentan aquí, el problema de un pasaje más formal de la práctica empírica a una reflexión organizada en términos de Epidemiología Comunitaria se ha puesto más explícitamente. El relato de lo que ha pasado en estas situaciones principalmente en los últimos 5-6 años debería ser suficientemente representativo de lo que se puede y/o debe encontrar:

- a) en una situación principalmente rural;
- b) en un área urbano marginal;
- c) en una perspectiva de comunicación;
- d) poniéndose frente al problema de la relación entre Epidemiología Comunitaria y el nivel más institucional.

Sección II

[The right side of the page contains a column of text that is extremely faint and illegible, likely due to scanning artifacts or low contrast. It appears to be a list or index of items.]

Aplicación de la Epidemiología Comunitaria con Promotores de Salud y Auxiliares de Enfermería en el Área de Salud Borbón - Esmeraldas, Ecuador

Ficha de identificación del proyecto

Denominación

“Proyecto Interinstitucional de Salud Borbón”

Instituciones responsables

Vicariato Apostólico de Esmeraldas (VAE)
Organización de Campesinos Esmeraldas Norte (OCAMEN)
Comuna Río Santiago Cayapas
Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Instituciones que han colaborado

Conferencia Episcopal Italiana (CEI)
Movimiento Laicos para América Latina (MLAL)
Fondo Ecuatoriano Populorum Progressio (FEPP)
Departamento de Investigaciones Clínicas Hospital Voz Andes
Programa Nacional de Control de la Oncocercosis
Centro Latinoamericano de Estudios y Promoción de la Salud (CLEPS)
Cuerpo Evangélico Nacional de Acción y Desarrollo (CENAD)

Áreas de actividades

Salud y Epidemiología Comunitaria
Educación popular

Período de tiempo cubierto

Agosto 1990 a Diciembre 1995

Personas involucradas en el proyecto y que se deben considerar como autores del capítulo

Compiladores

Mariella Anselmi	Juan Martín Moreira
Alberto Narvaez	Rosanna Prandi

Promotores de Salud y Auxiliares de enfermería que desarrollaron el proyecto

Dominga Angulo	Oberliza Caicedo	Santos Mina
Ángel Añapa	Alba Chumo	Angel Nazareno
Edgar Añapa	Lindon Corozo	Lucina Nazareno
Luis Antonio Añapa	Magda Corozo	Jorge Peralta
Pedro Añapa	María Corozo	Amelia Preciado
Heroína Arboleda	Ninfa Cortés	María Quiñonez
Elba Arizala	Eriberto De la Cruz	Demetrio Tapuyo
Estela Arroyo	Luciano Diaz	Blanca Vega de Vera
Elsa Arroyo	Hilda Guerrero	Julio Cesar Valdez
Evaristo Ayoví	Gonzalo Medina	Adalin Valencia
Marcos Borja	Délfida Mideros	Juana Valencia
Eliecer Caicedo	Juliana Mina	
Felisa Caicedo	Neyda Mina	

Otras personas y grupos que colaboraron en el proyecto:

Manuela Bonifacio	Cinthy Caicedo	Paola Tognon
-------------------	----------------	--------------

Equipos de salud año 1990-1991

Equipos de salud año 1993-1994

Equipos de salud año 1991-1992

Equipos de salud año 1994-1995

Equipos de salud año 1992-1993

Dirección del proyecto

Dra Mariella Anselmi
c/o CECOMET/VAE

Casilla postal 08-01-0065 - Esmeraldas - Ecuador

Correo electrónico: apostol1@vapistolico.org.ec

telefono (593/6)722035 - telefax: (593/6)722039

Objetivos metodológicos

1. Planificaciones generales y su transferencia en contextos locales.
2. Herramientas y etapas de un diagnóstico comunitario de área.
3. Epidemiología Comunitaria y Organizaciones representando a las comunidades.
4. Formulación y fiabilidad de instrumentos de colección de datos utilizados por promotores de salud.
5. El desafío de los contextos multiétnicos.

Línea de partida en el camino hacia un sueño

“Mejorar la situación de salud y vida de las comunidades, mediante el desarrollo de la conciencia y organización comunitaria”

En agosto de 1990 en un intento de dar respuesta a una exigencia de las comunidades negras y chachis de los ríos Santiago, Cayapas y Onzole del área de salud Borbón de la provincia de Esmeraldas, el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Vicariato Apostólico de Esmeraldas (VAE), el Cuerpo Evangélico Nacional de Acción y Desarrollo (CENAD), el Fondo Ecuatoriano Populorum Progressio (FEPP), la Organización Campesina Esmeraldas Norte (OCAMEN) y la Comuna Río Santiago - Cayapas, en forma conjunta implementaron un proyecto de Atención Primaria de Salud (APS) tendiente a superar deficiencias de experiencias anteriores y fundamentalmente a optimizar, armonizar y racionalizar los recursos técnicos y económicos que distintas organizaciones habían aportado en el área, a través de una nueva propuesta que tuviera como base una participación protagónica de las comunidades y sus organizaciones.

En el mes de octubre de 1990, con la participación de los equipos profesionales de salud, promotores y líderes comunitarios, se realizó en la ciudad de Esmeraldas el Primer Seminario de Epidemiología Comunitaria, en el que se definieron los principios, métodos y técnicas a utilizar en este trabajo.

En febrero de 1991 con la participación de equipos de salud interinstitucionales y promotores se realizó un taller de diagnóstico de la situación de salud y de programación local.

Desde entonces se inició la aplicación del Proyecto Interinstitucional de Salud de Borbón cuyo objetivo fundamental era el desarrollo de un nuevo modelo de atención que permita implementar un Sistema Local de Salud (SILOS) en un contexto pluricultural.

Este proceso coincidió con la implementación en el País del Programa de Salud Familiar Integral que ha constituido en todos estos años un eje de discusión teórico y práctico en el Ecuador.

Se utilizaron como herramientas metodológicas la planificación estratégica, la Epidemiología Comunitaria y la educación popular.

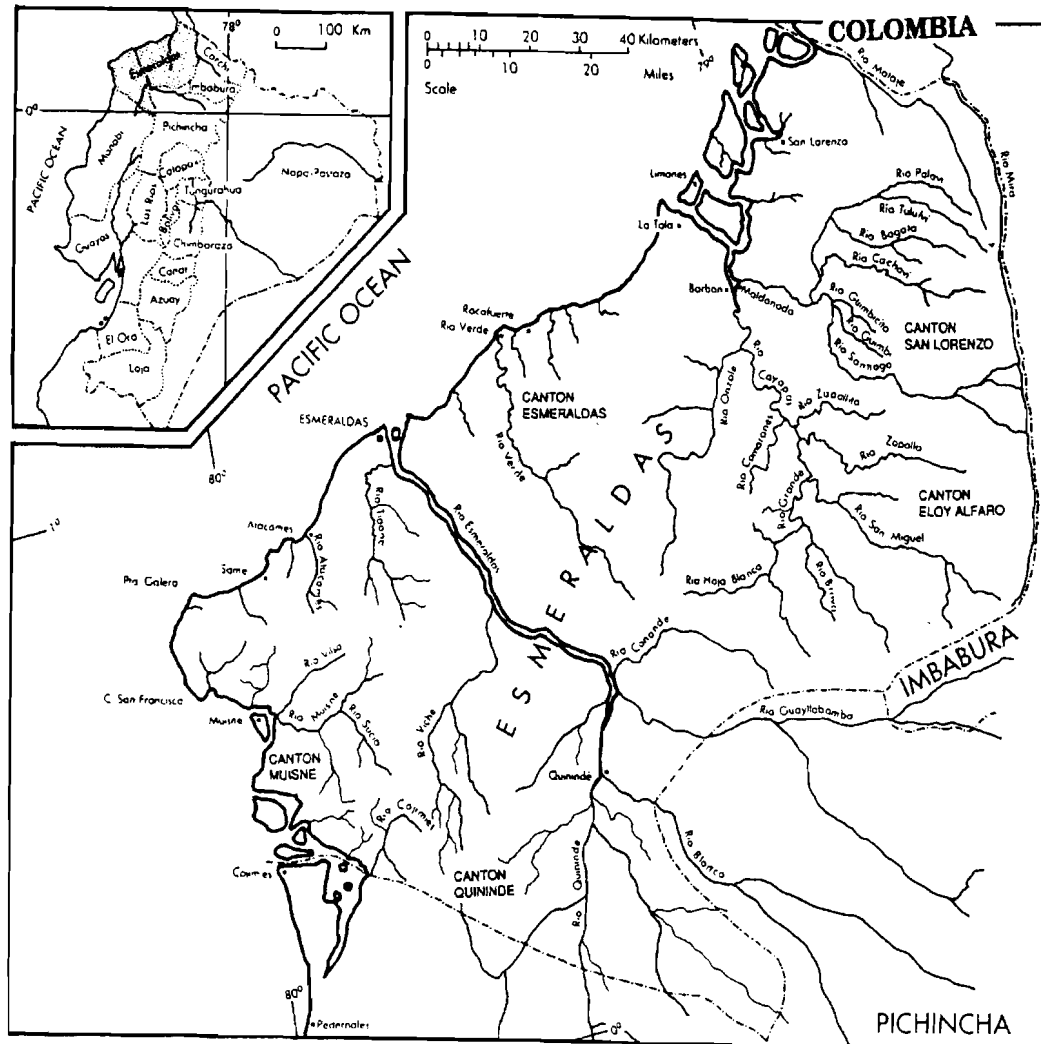
☞ Borbón el ocaso de un macondo ecuatoriano

El área de salud Borbón se encuentra ubicada en el norte de la provincia de Esmeraldas - Ecuador, en el sistema fluvial Santiago - Cayapas, con un clima tropical húmedo, modulado por una estación lluviosa que va desde enero hasta mayo y una estación seca que va de junio a diciembre. La temperatura media varía entre 24 y 28 grados centígrados y la humedad relativa media es de 85%.

Borbón es un mosaico étnico que tiene una población aproximada de 25000 habitantes, con predominio de la raza negra, habiendo también indígenas de raza Chachi y colonos provenientes de otras provincias del país, en especial de Manabí.

Las poblaciones negras y chachis están organizadas en comunidades asentadas en las orillas de ríos y esteros. El tipo de vivienda que predomina en el área es a base de caña guadúa y pambil, con techo de cade (fibra vegetal) . La actividad económica más importante es la recolección de productos para autosubsistencia como banano, cacao y frutas de la temporada, además de la caza, la pesca y la explotación de madera. Esta última actividad pone en peligro al último bosque tropical húmedo de la costa pacífico ecuatoriana y a la vida de las comunidades ancestrales. No existen vías de comunicación terrestre, los ríos han sido desde siempre las únicas vías de acceso para estas comunidades.

El área de salud Borbón está dividida en ocho microáreas, y cada una de ellas tiene una unidad operativa de primer nivel de referencia. Es considerada un área de pobreza crítica y posee las más altas tasas de mortalidad general, infantil y materna y por enfermedades transmisibles de la provincia de Esmeraldas.



☞ **Los principios y la filosofía del proyecto**

Antes de elaborar el plan de trabajo se definieron primero los principios y la filosofía del proyecto

⇒ **EL SUEÑO: Punto de partida**

El primer paso de todo equipo que quiere trabajar en una comunidad es definir el propósito a largo plazo, el deber ser, la utopía a alcanzar, las condiciones que se requieren cambiar para mejorar la situación de salud y vida de la comunidad, para desarrollarla y hacerla crecer, potenciando su identidad, autonomía y autogestión.

El deber ser que se definió en trabajo colectivo entre líderes, auxiliares de enfermería, promotores y equipos de salud fue:

“Mejorar la situación de salud y vida de las comunidades, mediante el desarrollo de la conciencia y organización comunitaria autónoma y autogestionaria”.

⇒ *Definición de principios, metodología y estilo de trabajo*

El proyecto tiene como principios la integralidad, la prevención, la participación democrática y pretende lograr un sincronismo de la medicina tradicional con la occidental, potencializando el autocuidado individual y la autogestión comunitaria. Priman los criterios de equidad sobre los de eficiencia.

Se basa en la estrategia de APS y usa para cumplir sus propósitos los principios, métodos y técnicas de la Epidemiología Comunitaria y la planificación estratégica.

Busca además potenciar la coordinación interinstitucional para favorecer el uso racional de recursos y alcanzar una máxima eficacia, eficiencia y efectividad en las estrategias y acciones de salud.

A lo largo de este período se ha hecho un importante esfuerzo para que los principios, metodología y estilo de trabajo con la comunidad, definidos al inicio del proceso de Epidemiología Comunitaria, sean apropiados para todos los miembros del equipo de salud.

⇒ *Retomando los sueños de Alma Ata*

Producto de una evaluación de lo que en el Ecuador había sido la aplicación de la estrategia de APS y rediscutiendo los principios de Alma Ata, se definió que el modelo de APS a construir, debería tener el DEBER SER DE LA APS en su concepción integral y transformadora.

□ **Integral**

Concibe a la salud - enfermedad y vida de las comunidades como un todo indisoluble. No separa la curación de la prevención y hace énfasis en esta última.

□ **Transformadora**

1. Prioriza la promoción: trata de actuar sobre los determinantes fundamentales para prevenir o controlar varios problemas de vida y salud de acuerdo a las necesidades económicas, políticas y sociales de la población.
2. Visión estratégica: une las necesidades y soluciones coyunturales a un deber ser a largo plazo y pretende actuar sobre los determinantes fundamentales.
3. Participativa y democrática: busca el fortalecimiento de la conciencia, y de la organización; la autonomía y autogestión comunitaria son los ejes y propósitos fundamentales de la práctica en salud.
4. Equitativa: privilegia el criterio de equidad al de eficacia, utilidad política y socio-efectividad.
5. Revalorizadora de la cultura
6. Organizadora del diálogo en la comunidad.

⇒ *Los principios metodológicos*

La metodología de trabajo utilizada pretendió ajustarse a las siguientes definiciones:

1. Basada en la resolución de problemas sentidos por la población.
2. Desarrollada rigurosamente como un proceso. Todas las intervenciones se ejecutaron en cuatro fases: Diagnóstico; Intervención; Monitoría y Evaluación de un período.
3. Con un plan de trabajo estructurado como un proyecto de investigación e intervención que permita enfrentar los problemas de vida y salud en tiempos más rápidos que los de la medicina oficial.
4. Con una concepción estratégica. Tratando de ligar la resolución de los problemas cotidianos y coyunturales a la resolución de los problemas esenciales. Para conseguir esto se utilizó la hélice de gestión operacional mediante la cual se estableció primero el sueño a conseguir a largo plazo y después se seleccionó un problema prioritario que reúna las siguientes características:
 - sentido como prioritario por la comunidad;
 - de fácil resolución y por tanto con resultados visibles a corto plazo;
 - cuya resolución permita alcanzar el sueño visión.
5. Que utilice técnicas que han pretendido ser fáciles (eficientes) y útiles (eficaces), lo suficientemente flexibles para cambiar según las circunstancias (cuaderno del promotor, relatos de historias de vida), tratando de desarrollar la máxima creatividad, fantasía y participación comunitaria. (Cintas de cartulina para detección de desnutridos).
6. Privilegiando en el desarrollo de las actividades el cumplimiento de los propósitos-objetivos y no el cumplimiento de los cronogramas.
7. Tratando de adaptar los tiempos de los equipos profesionales al tiempo de las comunidades.

☞ *La planificación del trabajo*

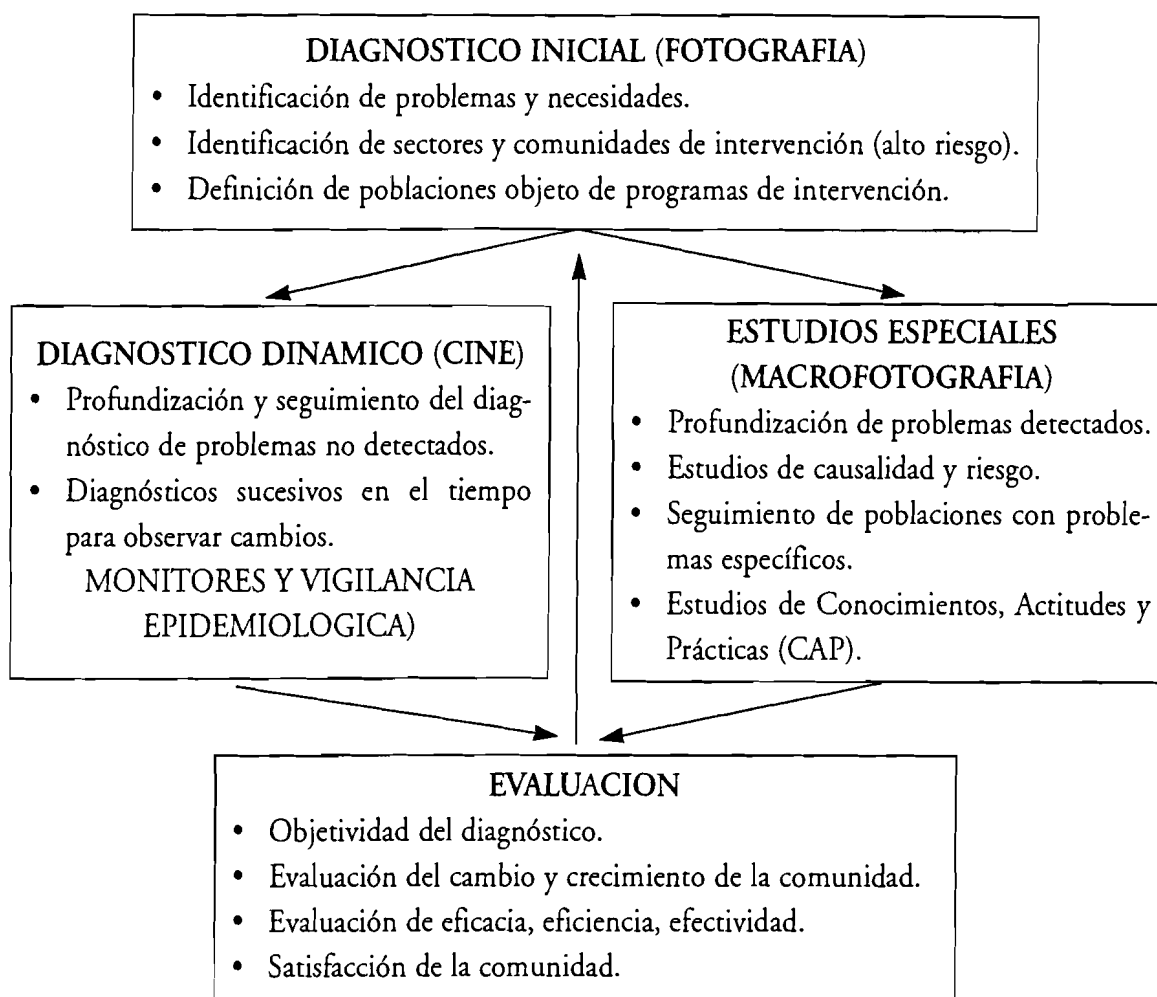
“Un proceso riguroso y sistemático”

La Epidemiología comunitaria, no es una rama menor de la Epidemiología; al contrario pretende ser el mayor desarrollo de ésta, por lo que, concebimos el trabajo como un proceso sistemático y riguroso, a largo plazo, en el que seguimos los siguientes pasos, para elaborar un “plan estratégico”.

⇒ *Diagnóstico del área*

El conocimiento de la realidad de las comunidades, tanto por las limitaciones metodológicas, de tiempo y económicas, como también porque estas están en constante cambio y transformación, no se lo hace en un solo momento, se lo hace en aproximaciones sucesivas. Es un proceso continuo que se inicia con un diagnóstico inicial, pero que se complementa y enriquece con las evidencias que se recogen durante la vida y actividad cotidiana y que a su vez constituyen uno de los principales mecanismos para observar los procesos de salud-enfermedad y vida en movimiento, en su dinámica e interrelación.

❑ Momentos del Diagnóstico



❑ Características del diagnóstico

Todos los momentos del diagnóstico, especialmente el inicial tuvieron las siguientes características:

1. Rápido e integral: abarcó tanto los problemas de salud como los problemas de vida y de los servicios de salud.
2. Integrado a la intervención: se desarrolló como parte del proceso de capacitación continua y de las evaluaciones mensuales de trabajo, mientras se realizaba la investigación inicial se diseñó un plan operativo a corto plazo (primer trimestre).
3. Realizado desde varios puntos de vista y usando varias metodologías y técnicas.
4. Con la mayor participación comunitaria a pesar de los recursos económicos limitados y de la gran dispersión del área.

❑ Técnicas utilizadas en cada momento del diagnóstico

En todos los momentos se utilizaron una combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas y varias fuentes de información.

MOMENTOS	TÉCNICAS	FUENTES
1. DIAGNOSTICO INICIAL	1.1 Análisis documental estadístico	- Registro de estadísticas vitales, egresos hospitalarios y consulta externa.
	1.2 Análisis documental de contenidos	- Proyecto de Salud de Borbón 1990: Resultados del taller de diagnóstico y programación de enero de 1991. Informe del seminario taller de evaluación de diciembre 1991.
	1.3 Técnicas interactivas	- Taller sobre diagnóstico y priorización con Promotores y Profesionales. - Asambleas comunitarias
2. DIAGNOSTICO DINAMICO	2.1 Relatos de defunciones, casos graves y nacimientos	- Cuaderno del Promotor - Reuniones de monitoreo mensual
	2.2 Registros de atención	- Partes diarios y consolidados de atención - Cuaderno del Promotor
	2.3 Sistema de notificación	- Formularios EPI 1 - EPI 2 - Reuniones de monitoreo mensual
3. ESTUDIOS ESPECIALES	3.1 Encuestas transversales	- Anemia y malaria - CAP oncocercosis - Prevalencia pian
	3.2 Estudio de casos	- Desnutrición - malaria - TB
	3.3 Estudios de intervención	- Pian* - Malaria**
4. EVALUACION PERIODICA ANUAL	- Asambleas Comunitarias	- Muestreo propósito de 6 comunidades 2 por cada río.
	- Encuesta de hogares por muestreo	- 10% de familias de 6 comunidades escogidas
	- Encuestas a promotores y auxiliares	- Todos los promotores y auxiliares
	- Taller con equipos profesionales, promotores y auxiliares	- Resultados del trabajo en grupos

* Anselmi-M, Araujo-E, Narvaez-A, Cooper-P-J, Guderian-R-H. Genitourin Med 1995;71:343-346

** Kroeger-A, Mancheno-M, Alarcon-J, Pesse-K. Am J Trop Med Hyg 1995;53:313-323

⇒ *Identificación y priorización de problemas*

Los resultados del diagnóstico se clasificaron en *problemas-necesidades* de tres tipos:

- Problemas administrativos y de prestación de servicios
- Problemas de vida de la comunidad
- Problemas de salud - enfermedad

En la tabla adjunta se detallan los problemas identificados:

PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS Y ORGANIZATIVOS DEL SERVICIO DE SALUD	PROBLEMAS DE VIDA Y ORGANIZACIÓN DE LA COMUNIDAD	PROBLEMAS DE SALUD - ENFERMEDAD
<p>ADMINISTRATIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escasa capacidad de gerencia de la jefatura del área (programación y resolución de problemas). • Inexistencia de un plan de intervención y de un sistema de monitoreo y supervisión • Inexistencia de una red de provisión de insumos y medicamentos. • Falta de coordinación entre equipos de salud y comunidad. • Falta de coordinación interinstitucional (SNEM, IEOS, Seguro campesino). <p>OPERATIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pobre capacidad de resolución del hospital. • Formación del personal de salud profesional deficiente en APS, medicina tropical, administración de servicios de salud y epidemiología. <p>RECURSOS HUMANOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inestabilidad del personal profesional de salud atenta a la continuidad de las actividades • Abandono de los promotores por parte del MSP • Planta de personal profesional incompleta en el Hospital. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conflictos de tenencia de la tierra • Transporte escaso y caro • Escasez de fuentes de trabajo. • Organización comunitaria débil • Pobre coordinación entre el componente productivo organizativo y el componente salud de las organizaciones. • Escasa participación de la comunidad (bases y organizaciones) en la discusión de los problemas de salud y toma de decisiones. • La comunidad no tiene acceso a la información que los equipos de salud recogen • Limitada participación de las organizaciones en el Comité Interinstitucional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paludismo • Enfermedades Diarreicas Agudas (cólera) • Desnutrición Infantil • Mortalidad materno-infantil • Infecciones Respiratorias Agudas • Tuberculosis • Alcoholismo • Enfermedades de Transmisión Sexual • Tétanos • Oncocercosis

En la medida en que el proyecto de salud de Borbón es parte de un proyecto de Desarrollo Integral, se seleccionaron prioridades en dos campos:

- Prioridades de intervención para los problemas de salud - enfermedad
- Prioridades de intervención para los problemas de vida y organización de la comunidad

Para cada uno de estos se identificaron criterios de priorización. A continuación se expone el resultado de las priorizaciones:

□ Primer ejemplo: Prioridades de intervención para los problemas de salud-enfermedad

Para priorizar estos problemas se utilizaron dos matrices con los criterios que se consignan en cada una de ellas y se utilizó una valoración semicuantitativa con escala de likers.

> Eficacia:

PROBLEMA	¿Causa muchos muertos?	¿Han aumentado los casos?	¿Disminuye la capacidad de producir?	¿Es importante para la comunidad?	¿Causa muchas complicaciones?	¿La comunidad puede resolver?	TOTAL
DIARREA	3	2	2	3	1	3	14
PALUDISMO	3	3	3	2	2	2	15
DESNUTRICIÓN	3	2	1	1	3	2	12
IRA *	2	2	1	1	1	1	8
TUBERCULOSIS	1	1	3	2	2	1	10
MORT MATERNO INFANTIL	1	1	2	1	2	1	8
ALCOHOLISMO	2	1	2	2	1	1	9
E.T.S. **	1	2	1	1	1	1	7

* Infección respiratoria aguda.

** Enfermedades de transmisión sexual.

> Eficiencia

PROBLEMA	Factibilidad técnica	Disponibilidad de recursos	Costos	Total
DIARREA	3	2	3	8
PALUDISMO	3	3	2	8
DESNUTRICIÓN	1	1	1	3
IRA	3	2	2	7
TUBERCULOSIS	1	1	1	3
MORTALIDAD MATERNO INF	1	1	1	3
ALCOHOLISMO	1	1	1	3
E.T.S.	1	2	2	5

Tomando en cuenta estos criterios se priorizaron en *orden de importancia* las siguientes patologías:

1. Paludismo
2. Enfermedad Diarréica Aguda (cólera)
3. Infecciones Respiratorias Agudas
4. Desnutrición Infantil
5. Mortalidad materno-infantil
6. Tuberculosis
7. Alcoholismo
8. Enfermedades de Transmisión Sexual

Segundo ejemplo: Priorización de problemas de vida de la comunidad en los cuales puede apoyar el equipo de salud

Se identificaron como problemas de vida de la comunidad que afectan a la situación de salud:

- conflictos de tenencia de la tierra;
- escasez de transporte;
- escasez de fuentes de trabajo;
- debilidad de la organización comunitaria;
- destrucción del ecosistema por tala indiscriminada de árboles.

Tomando como criterios los problemas en los cuales los equipos de salud pueden apoyar, se aplicó la siguiente matriz

PROBLEMAS	¿Quién puede solucionar?	Puede apoyar el equipo de salud?	¿Quién más puede apoyar?
Conflictos de tenencia de tierras	<ul style="list-style-type: none"> • Ocamen, • Federación chachi 	NO	FEPP
Organización de la Comunidad	Dirigentes y líderes	SI	FEPP
Desocupación / Migración	Todas las organizaciones	NO	FEPP
Tala de bosques	Todas las organizaciones	SI	<ul style="list-style-type: none"> • VAE • FEPP • FUNDACIONES ECOLÓGICAS
Falta de Vías de comunicación	Todas las organizaciones	NO	

En base a esta matriz se priorizaron, en *orden de importancia*, los problemas que el equipo de salud puede ayudar a solucionar:

1. Desarrollo y apoyo a la organización comunitaria
2. Desarrollo de una conciencia de protección ecológica en la comunidad para disminuir la tala masiva e indiscriminada de árboles.

Esta matriz fue útil también para identificar los aliados que los equipos de salud tienen para el cumplimiento de sus actividades.

⇒ *Análisis de problemas priorizados*

Una vez priorizados los problemas se procedió a hacer una lista de los problemas y profundizar en el análisis de los mismos tratando de identificar las causas, consecuencias y percepción de la comunidad, utilizando la siguiente matriz:

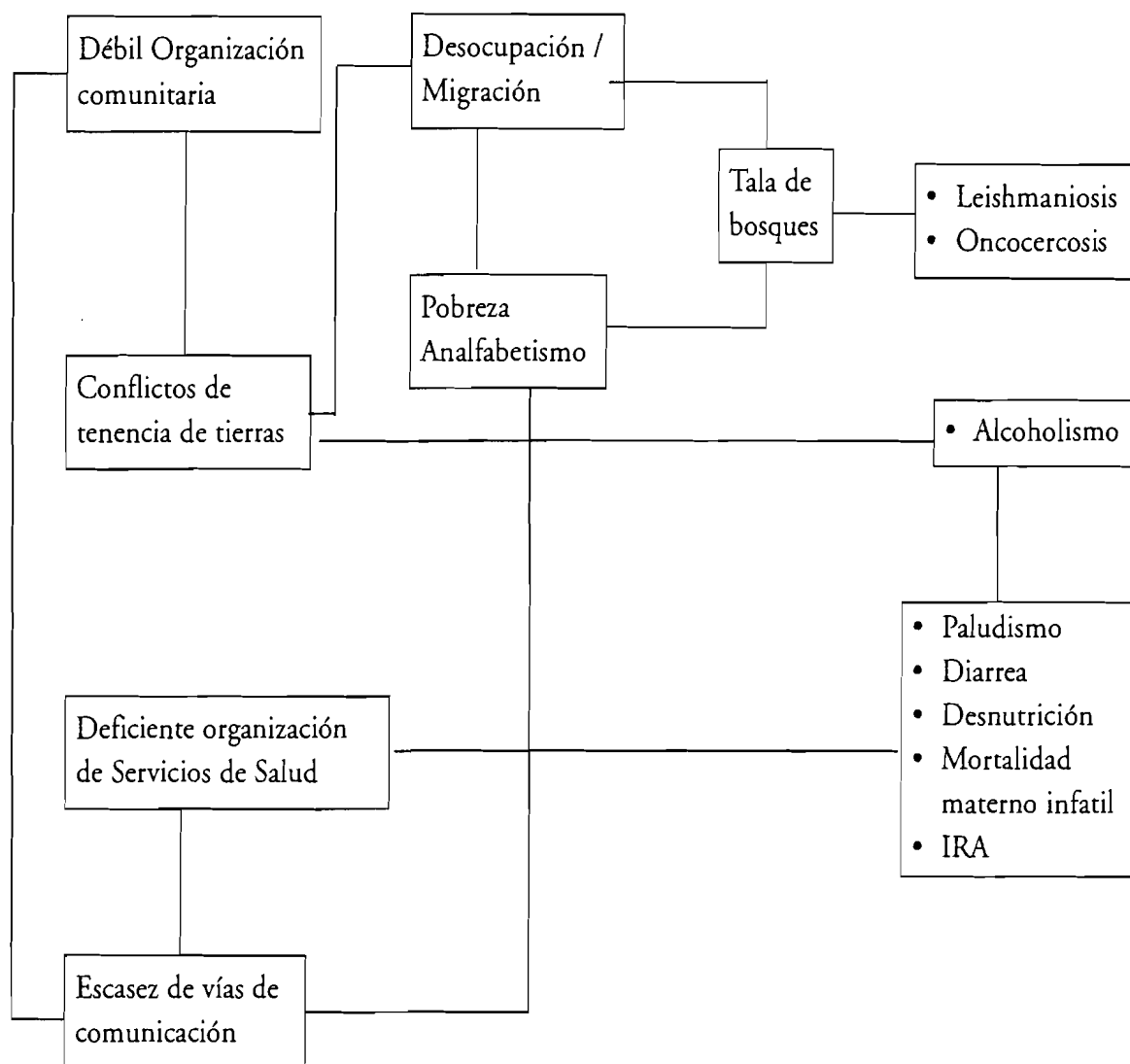
Ejemplo:

PROBLEMAS	CAUSAS	CONSECUENCIAS		ACTITUD DE LA COMUNIDAD
		Salud	Vida	
PALUDISMO	<ul style="list-style-type: none"> • Invierno prolongado • Forma de vida y trabajo. • No trabajó SNEM • Automedicación 	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad • Complicaciones • Anemia • Desnutrición • Disminución de defensas 	<ul style="list-style-type: none"> • Pobreza • Incapacidad para trabajar 	<ul style="list-style-type: none"> • Desinterés • Conformidad
TENENCIA DE TIERRA	<ul style="list-style-type: none"> • Colonización • No escrituras • Falta de unidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de mortalidad • Desnutrición 	<ul style="list-style-type: none"> • Pobreza • Desocupación • Violencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Conformidad • Organización parcial

Este análisis permitió identificar los problemas que mayores consecuencias en la situación de salud y vida presentan y observar la interrelación que existe entre los distintos problemas.

De este análisis se construyó un gráfico de interrelación de procesos o problemas, que permitió observar la importancia causal de cada uno de ellos y por lo tanto sirvió como un criterio de priorización.

□ Cuadro de asociación causal



⇒ Selección e integración de soluciones

Por las limitaciones de los equipos de salud (su limitada experiencia previa en trabajo comunitario) y el diferente grado de desarrollo de la conciencia de las comunidades, se definió a la primera fase como de penetración por lo que planteamos focalizar el inicio del plan a pocos problemas o prioridades y a áreas o comunidades restringidas, con intervenciones a plazos cortos, que permitan recobrar la confianza de la comunidad en sus propias posibilidades de gestión, pues solamente el ejercicio real de la autogestión permite construir la identidad y la autonomía.

Se inició con pequeños proyectos que tenían buenas probabilidades de éxito y que permitieron también ganar experiencia y motivación al equipo de salud. Se trató de hacer confluir los principios u objetivos a largo plazo con la posibilidad concreta de intervención en la realidad cotidiana.

Para priorizar soluciones se procedió a hacer una lista de todas las soluciones posibles, luego se establecieron los criterios de priorización para posteriormente construir una matriz de priorización.

□ Ejemplo: Priorización de soluciones para enfrentar al paludismo realizado en el curso de promotores

A continuación se expone un ejemplo de como, en el taller de promotores, se identificaron y se priorizaron soluciones para enfrentar al paludismo:

➤ *Lista de soluciones:*

- Educar a la comunidad sobre tratamiento oportuno y completo.
- Eliminación de charcos y limpieza de poblados
- Petrolización de charcos o agua estancada
- Promoción del uso de toldos impregnados con permetrin.
- Promover mejoramiento de la vivienda (casa con divisiones).
- Uso de vestido adecuado en el monte.
- Referir a médicos los casos de alergia y los que necesitan otro medicamento.
- Rociamiento cada 6 meses de las casas.
- Toma de muestras y tratamiento rápido a todo caso.
- Quimioprofilaxis a grupos en alto riesgo.

➤ *Criterios de priorización de soluciones:*

Se pidió que enumeren los criterios para priorizar las soluciones a aplicar en el área, identificándose las siguientes:

- Lo que dé mejores resultados
- Quién puede resolver. Tendrá más valor si puede hacerlo el promotor o la comunidad.
- El costo de la actividad
- El nivel o intensidad de trabajo que necesita.

SOLUCIÓN	LO MEJOR	QUIEN PUEDE	COSTO	TRABAJO	TOTAL
1. Educación Tratamiento	2	3	3	1	9
2. Drenaje aguas	3	2	3	2	10
3. Petrolización	3	2	1	1	7
4. Casa Divisiones	1	1	1	1	4
5. Uso vestido	1	1	1	1	4
6. Rociamiento	3	1	1	-	5
7. Toma muestra y tratam.	2	3	2	2	9
8. Quimioprofilaxis a grupos	3	3	2	1	9
9. Toldos permetrin	3	2	1	1	7

Para la construcción de estrategias se seleccionaron las soluciones que tenían la más alta calificación, estableciendo una diferencia de aplicación según el grado de riesgo que cada comunidad presente para el problema. Las comunidades en alto riesgo recibirían los beneficios de todas las soluciones especialmente las más eficaces, mientras que las que estaban en bajo riesgo recibirían soluciones de más bajo costo pero de eficacia aceptable.

Una vez que se seleccionaron alternativas de solución para los principales problemas priorizados se armaron grupos de medidas a ser implementadas por los equipos en las visitas comunitarias, a los que se denominó *paquetes integrales de intervención*.

⇒ *Líneas estratégicas*

Para mejorar la implementación de las soluciones definidas para los problemas de salud y vida se pasó a identificar las fuerzas positivas y negativas internas y externas que podían favorecer o perjudicar al proyecto. Mediante la aplicación de una matriz FODA (cuadro adjunto) se procedió luego a definir las líneas estratégicas a aplicarse para viabilizar mejor las soluciones seleccionadas.

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Reuniones regulares del Comité Interinstitucional y buena coordinación interinstitucional. 2. Reuniones regulares de monitoreo mensual. 3. Apoyo del programa de Oncocercosis: gran cobertura de actividades en el área y mucho prestigio a nivel interno y externo. 4. Financiamiento descentralizado para movilización de equipos y estímulo económico para profesionales. 5. Alta motivación de equipos nuevos. 6. Integración del SNEM y del Seguro Campesino al Comité Interinstitucional. 7. Presencia de asesoría y apoyo del nivel central, que fortalecen al equipo coordinador. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Red de insumos y medicamentos inexistente. 2. Deficiente coordinación entre los miembros de los equipos locales. 3. Formación técnica de equipos profesionales no adaptada a realidad del área y deficiente para la aplicación del nuevo modelo. 4. Pobre capacidad de gerencia y de resolución de problemas por parte de los equipos locales. 5. Ausencia de un sistema de supervisión y monitoría del trabajo de equipos. 6. Inestabilidad laboral de los equipos profesionales y falta de incentivos para trabajar en el campo. 7. Baja remuneración de promotores y no definición clara de su rol y relación con el Ministerio de Salud. 8. Estilo y metodología de trabajo no unificado y deficiente en algunos casos. 9. Capacidad de gerencia de la jefatura de área disminuida. 10. Baja capacidad de resolución de emergencias quirúrgicas y obstétricas del Hospital. 11. Hospital desprestigiado. 12. Incumplimiento de horarios de trabajo y visitas comunitarias por parte de médicos y enfermeras rurales. 13. Dificultades de movilización de equipos y gastos excesivos de movilización con pobre rendimiento.

OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoyo técnico y financiero de OPS al proyecto. 2. Apoyo del VAE, CENAD y otras ONG al proyecto. 3. Buena relación con el proyecto integral de desarrollo que el FEPP ejecuta en la zona. 4. Inclusión del área en la segunda etapa del Proyecto del Banco Mundial. Lo que constituiría una fuente de financiamiento y apoyo técnico político a mediano plazo. 5. Apoyo de la Escuela de Salud Pública. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cambio de gobierno, lo que puede determinar una disminución del apoyo que ha recibido el plan de salud en el área e incertidumbre sobre la firma de un nuevo convenio. 2. Coordinación y relaciones difíciles con la Dirección Provincial de Salud y otras instituciones como el IEOS. 3. Participación limitada de las organizaciones campesinas y de sus bases en el Comité Interinstitucional y en la gestión de los equipos de salud locales. 4. Presencia de prácticas y concepciones culturales negativas difíciles de modificar. Presencia de 3 grupos étnicos (negros, chachis, colonos) con prácticas y concepciones diferentes. 5. Gran dispersión poblacional, falta de medios de transporte y comunicación. 6. Limitado prestigio y difusión del proyecto de salud de Borbón a nivel nacional e internacional. 7. Fuentes de financiamiento futuras inciertas.

Las estrategias a través de las cuales se pretendió alcanzar los objetivos generales y la direccionalidad planteados, fueron construidas en base a la combinación de las soluciones a los problemas prioritarios de salud y a las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas identificadas en el diagnóstico.

1. Descentralización de funciones a nivel de la microárea. Dotar de capacidad de programación y resolución de problemas a los equipos locales y por tanto lograr la adaptación de estrategias y actividades a las características particulares.
2. Promoción y mejoramiento del autocuidado y autogestión comunitaria en salud. Fusión o sincretismo de las prácticas médicas tradicionales con las occidentales y democratización de las prácticas de salud para no “medicalizarlas”.
3. Implementación de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica y monitoreo con base comunitaria que permita una interacción entre el sistema formal e informal de salud, entre los problemas de salud y los problemas generales de vida de la comunidad y que utilice el diálogo como elemento de capacitación y educación comunitaria generando una conciencia epidemiológica entendida como la capacidad de las comunidades para entender, solucionar o reivindicar sus necesidades y problemas de salud.
4. Aplicación de la estrategia de enfoque de riesgo para la prevención y control de los problemas prioritarios. Esto permitiría aplicar medidas de intervención a los problemas prioritarios con alto nivel de eficiencia y eficacia sin perjudicar al principio de equidad.
5. Paquetes integrales de actividades a aplicarse en las visitas comunitarias. En la medida que la unidad básica de intervención es la comunidad, se diseñó un paquete integral de actividades de salud a ser aplicado en las visitas comunitarias y familiares y a grupos en alto riesgo. En estos paquetes se incluyen las medidas de prevención primaria y secundaria de los problemas prioritarios, incluyendo dentro de estos a la protección ecológica.
6. Curso de educación continua en Salud Comunitaria y Medicina Tropical, dirigido a los profesionales de salud del área y que pretende por un lado mejorar la formación de los equipos de salud, la capacidad de gerencia y de resolución de los problemas locales, uniformizar la metodología y estilos de trabajo, aumentando la motivación de los equipos y su permanencia en el área.
7. Curso de Actualización, adiestramiento en servicio y formación básica para auxiliares de enfermería y promotores.
8. Amplia difusión nacional e internacional de proyecto de salud Borbón. Por las amenazas que presenta el plan, es necesario conseguir mayor apoyo político financiero nacional e internacional para que no se interrumpa su actual dinámica.

⇒ *Programación de actividades y recursos*

Una vez establecidas las estrategias se establecieron los objetivos, a ejecutarse, los tiempos y los responsables.

❑ Objetivos:

1. Mejorar la capacidad de gerencia y de resolución de problemas prioritarios del personal de salud a nivel local, capacitando al personal profesional, promotores y auxiliares de enfermería en administración local de servicios, clínica de enfermedades prevalentes y epidemiología de base comunitaria
2. Constituir comisiones o comités de salud adscritos a las organizaciones comunitarias de las comunidades del área en la gestión de la salud.
3. Implementar un sistema de información, monitoreo y vigilancia epidemiológica con participación comunitaria.
4. Implementar el sistema de promoción y vigilancia nutricional con participación comunitaria. Promover huertos familiares y comunitarios con el fin de introducir nuevas fuentes de nutrición aceptables a la comunidad
5. Concientizar a la población sobre los riesgos de la tala indiscriminada de bosques
6. Aumentar la cobertura de la atención curativa y preventiva materno infantil y de problemas prioritarios de salud.
7. Disminuir la desnutrición en menores de 5 años por debajo de la prevalencia nacional
8. Disminuir la mortalidad de los problemas prioritarios de salud-enfermedad del área: Paludismo, EDA (Cólera), IRA, mortalidad materna y neonatal.

❑ Actividades

A continuación se expone el resumen de las actividades que se planificaron para el año 1992.

➤ *Actividades generales:*

1. Curso de Educación Continua en Salud Comunitaria y Medicina Tropical.
2. Talleres de capacitación sobre temas específicos y formación básica en atención primaria dirigido a promotores y auxiliares de enfermería.
3. Reuniones mensuales de evaluación y coordinación. Estas reuniones se realizan todos los 22 de cada mes.
4. Asambleas ampliadas con participación de delegados de base de las comunidades una vez cada año para evaluación y planificación.
5. Publicación y difusión de los informes de las reuniones de evaluación a todas las instituciones que trabajan en el área y apoyan el proyecto.
6. Publicación de un boletín de información y educación de entrega a cada familia del área.

➤ *Actividades específicas*

1. Visitas comunitarias para aplicación de paquetes integrales de salud. Mínimo tres visitas en un año por parte del equipo profesional de salud (médico, enfermera, obstetrix). En esta visita el equipo profesional realizaría las siguientes actividades:
 - Atención por demanda espontánea
 - Búsqueda activa de casos de malaria, cólera, tuberculosis, desnutrición, infecciones respiratorias agudas, embarazadas y recién nacidos. Control de contactos
 - Investigación de las muertes o casos graves por cualquier enfermedad que se han presentado en la comunidad desde la última visita
 - Quimioprofilaxis para malaria durante los meses de mayor transmisión
 - Educación sanitaria en problemas prioritarios de la comunidad
 - Vacunación a menores de 5 años
 - Monitoreo de crecimiento a menores de 5 años
 - Asamblea para discusión de problemas y prioridades y del plan de trabajo de la comunidad. Organización del Comité de Salud, definición del plan de trabajo comunitario para el período y evaluación de las actividades ejecutadas
 - Provisión de Sueros de Rehidratación Oral, capacitación, supervisión y monitoreo de uso.
 - Supervisión de actividades de promotores y comadronas.
2. Visitas a familias en alto riesgo y a las resistentes a las actividades de intervención. Una visita bimensual a cargo del promotor de salud o auxiliar de enfermería en las comunidades donde no hay equipo profesional y por la enfermera o médico en las comunidades que tienen unidad operativa.
3. Búsqueda activa de casos de malaria, tuberculosis, desnutrición, niños sin esquema de vacunación completa, durante la consulta ambulatoria por cualquier causa, para evitar pérdida de oportunidades durante la actividad intramural.
4. Aplicación de un programa integral de control de malaria
 - Campaña de quimioprofilaxis para paludismo, para embarazadas y desnutridos. Aplicación de ocho dosis de cloroquina en todas las comunidades durante los meses de julio y agosto.
 - Implementación del uso de toldos impregnados con permetrin en las comunidades en alto y mediano riesgo para paludismo.
 - Fumigación a comunidades en alto riesgo.
 - Promoción de cloración intradomiciliar del agua.
 - Implementación de la red de insumos, medicamentos y boticas populares.
 - Implementación de propuesta de Sistema de Monitoría y Vigilancia.

Ejecución del proyecto

“Un camino lleno de espinas”

El Proyecto en el área Borbón, desde su inicio en 1990 ha tenido varios momentos que han determinado modificaciones en la aplicación del modelo diseñado en el plan estratégico. En estos cinco años se han enfrentado múltiples problemas que fueron analizados cuando aparecían o en las evaluaciones anuales. Cada año se hicieron ajustes del plan estratégico.

A continuación se resumen los momentos por los que atravesó el proyecto y las modificaciones que se hicieron al modelo.

MOMENTOS	ENFOCADO EN
Primer momento - 1991 <ul style="list-style-type: none">Definición de concepción general (Epidemiología Comunitaria), programación de actividades.Pruebas de herramientas	Modelo comunitario
Segundo momento - 1992 <ul style="list-style-type: none">Incorporación de la filosofía, metodología y herramientas de la gerencia estratégica (gerencia de calidad total y hélice de gestión operacional).Implementación progresiva del microproyectos de control integral de malaria.Diseño, prueba de paquete integral de visita comunitaria.Actividades basadas en equipos profesionales.	Implementación de microproyectos de intervención.
Tercer momento - 1993 - 1994 <ul style="list-style-type: none">Ampliación de microproyectos para otros problemas prioritarios (cólera, EDA, IRA, Pian, Tuberculosis, Leishmaniasis).Mejoramiento cualitativo del trabajo comunitario mediante la focalización de proyectos de mejoramiento de la participación comunitaria y promoción del autocuidado.	Consolidación de Aplicación de Paquete Integral.
Cuarto Momento - 1995 <ul style="list-style-type: none">Disminución de personal profesional.Disminución de coberturas de visitas comunitarias y cobertura de atención profesional.Transferencia de responsabilidades de resolución de problemas a auxiliares y promotores.	Transferencia de responsabilidades a auxiliares de enfermería y promotores y énfasis en supervisión.

☞ Resultados

Uno de los propósitos más importantes del proyecto era obtener resultados exitosos, en tiempos menores a los de la Epidemiología Clásica. A continuación se muestran algunos resultados que dan cuenta de la consecución de este propósito.

⇒ *Resultados de proceso*

☐ Sobre participación comunitaria

En enero de 1996 se realizó una encuesta a 97 hogares de las comunidades de los tres ríos y se encontró que el 62% de los encuestados asistieron a las asambleas. En una evaluación realizada con promotores en 28 comunidades se encontró que 24 tienen comités de salud, 14 se reúnen regularmente, 10 no están funcionando y 4 no tienen.

La organización de segundo grado OCAMEN, participa activamente a través de la rama de promotores. La organización tuvo un papel protagónico para presionar a las autoridades de salud en la firma de renovación del Convenio entre el Ministerio, el Vicariato Apostólico y la OCAMEN.

☐ Sobre sistema de inteligencia epidemiológica

Funcionamiento de un sistema de inteligencia epidemiológico formal y de base comunitario que permitió un mejor conocimiento y caracterización del área y problemas prioritarios de las comunidades. Esto se hizo:

- a través de el cuaderno del promotor, obteniéndose cada año la lista de las principales causas de muerte y una estimación del número de defunciones por grupos de edad;
- a través del sistema de información del MSP, obteniéndose información de morbilidad y monitoreo de actividades.

☐ Sobre la percepción de mejoramiento de la salud:

Durante 1995 por una disminución de profesionales, los promotores de salud y auxiliares de enfermería fueron los responsables de las actividades a nivel comunitario. En una encuesta realizada en 1995 a 97 hogares de una muestra de seis comunidades al preguntar ¿cuáles son las mejoras en la salud que han observado? se obtuvieron las siguientes respuestas:

72 (74%) encuestados dieron respuestas en el sentido de que había mejorado el estado de salud. Entre quienes dijeron que el estado de salud había mejorado 27 (37.8%) sólo dicen que mejoró la salud, 24 (33.7%) que disminuyó el paludismo, 7 (9.45%) que mejoró el estado nutricional, 8 (10.8%) que disminuyó la enfermedad, 4 (5.4%) que disminuyó la diarrea y 2 (2.7%) que disminuyeron los casos graves. 25 (26%) de los encuestados dicen que la situación de salud sigue igual o no respondieron.

⇒ *Resultados de cobertura de atención*

Desde 1989 a 1991 existe un aumento importante de las actividades de prestación de servicios, especialmente a expensas de las actividades curativas. A partir de 1993 etapa en la que se aplica el paquete integral de salud, se observa un incremento de coberturas pero es más importante *la evolución hacia un modelo preventivo promocional*, lo que se confirma por la percepción de la población de un mejor estado de salud.

ACTIVIDAD	1989		1991		1993		1995	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
PREVENTIVAS	55	6.2	605	0.9	3.023	34.1	7.222	35.2
CURATIVAS	835	93.8	4.936	89.1	5.850	65.9	13.286	64.8
TOTAL	890	100.0	5.541	100.0	8.873	100.0	20.508	100.0
TASA DE INCREMENTO			83.9%		37.5%		56.7%	
RAZÓN CURAT/PREV	15.2		8.5		1.93		1.83	

Nota: No se incluyen las actividades de promotores lo que incrementaría las acciones preventivas.

⇒ *Resultados de impacto:*

□ **En la mortalidad**

Los resultados de impacto sobre la mortalidad solo podrían ser evaluados cada quinquenio, sin embargo los datos de la evaluación de tasas de mortalidad durante 1993 a 1995 y la percepción de la comunidad podrían permitir afirmar que existe un impacto importante del proyecto en la reducción de la mortalidad.

TASAS DE MORTALIDAD GENERAL, INFANTIL Y MATERNA EN LAS COMUNIDADES DE INTERVENCIÓN DEL ÁREA BORBON ENTRE 1993 Y 1995			
	1993	1994	1995
Tasa de mortalidad general por 1.000 habitantes	9	11.8	5.9
Tasa de mortalidad infantil por mil nacidos vivos	90	75	26.8
Tasa de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos	600	350	250

La desnutrición según la notificación de promotores y auxiliares pasó de segunda causa de muerte en 1993 a quinta en 1994 y cuarta en 1995.

□ En la morbilidad:

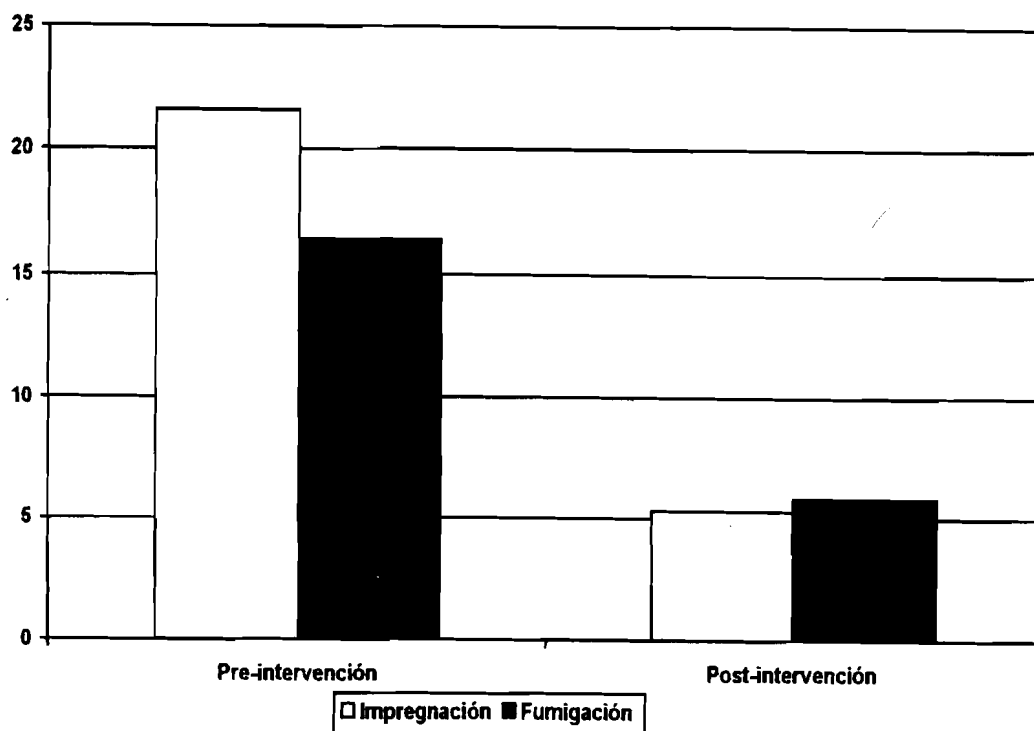
El paquete integral multipropósito priorizó el control de malaria, desnutrición, cólera, IRA, EDA y tuberculosis. Se dispone información para evaluar el impacto en las dos primeras.

➤ *Malaria*

Entre abril del año 93 y abril del año 94 se realizó una intervención para el control de la malaria en 18 comunidades de los ríos Santiago y Onzole, aplicando el paquete integral de control comunitario. En nueve comunidades la estrategia utilizada fue la impregnación de toldos con permethrin, además de búsqueda activa de febriles, tratamiento oportuno, control de criaderos y educación comunitaria, en las nueve restantes se realizó rociamiento intradomiciliario en lugar de la impregnación y las otras actividades.

Tanto en las comunidades en las cuales se intervino con impregnación de toldos, como en las comunidades en las cuales se hizo rociamiento se observó una disminución estadísticamente significativa ($p=0.00021$) de la tasa de incidencia de malaria, siendo la reducción de la incidencia mayor en las localidades en las que se intervino con impregnación (5.7%).

**INCIDENCIA DE CASOS DE MALARIA
LUEGO DE UNA INTERVENCIÓN COMUNITARIA**



➤ *Desnutrición*

Comparando los resultados del monitoreo de crecimiento entre 1990 y 1994 de los niños menores de 5 años de comunidades donde el equipo de salud del FEPP intervino trabajando con promotores de salud y auxiliares de enfermería:

**PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN EN MENORES DE 5 AÑOS
EN 2 COMUNIDADES DE INTERVENCIÓN BORBON, 1990-1994**

	1990	1994	TASA DE REDUCCIÓN %
Número de niños controlados	318	366	
Número de niños desnutridos	92	55	
Prevalencia de desnutridos	28.9%	15%	48.1%
Intervalo de confianza al 95% (1)	22.1 - 36.7	10.3 - 21.2	

(1) El IC fue calculado con un efecto de diseño de 2

Diferencia de proporciones : $X^2 = 19.49$ - valor de $p = 0,00001$

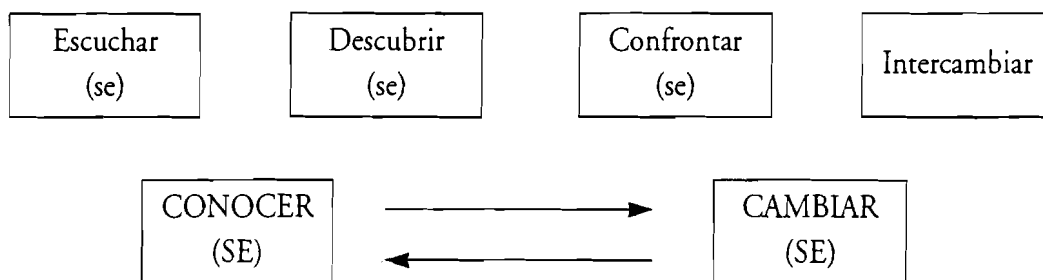
👉 Herramientas de la epidemiología comunitaria

⇒ *La comunicación como herramienta fundamental del trabajo*

Concebimos que el elemento central y a la vez herramienta fundamental de la Epidemiología Comunitaria es la comunicación organizada y estructurada.

En todas las actividades realizadas se organizó la comunicación entre los miembros del equipo de salud y de estos con la comunidad, partiendo de *escuchar* a la comunidad, pero también de escuchar a cada uno de los miembros del equipo (*escucharse*), para poder descubrir los elementos comunes, la unidad en la diversidad, tanto en la comunidad como en el mismo equipo.

Los hallazgos del diálogo fueron confrontados y discutidos con la comunidad y con la propia vivencia del equipo de salud y se pretendió que estos sean intercambiados y socializados. Todo esto para poder conocer la comunidad y conocerse a si mismo como equipo, como individuo con intereses, puntos de vista, motivaciones diferentes, a partir de lo cual se estructuraron planes de intervención para cambiar a las comunidades y a los propios equipos de salud.



Tres fueron las herramientas y a la vez escenarios de comunicación que se utilizaron en el proyecto:

- El cuaderno del Promotor
- Los cursos de capacitación continua y las reuniones de evaluación (mensual y bimestral)
- Las Asambleas comunitarias
- Los arrullos y las décimas como escenarios de comunicación

☐ El cuaderno del promotor

Cada promotor de salud tiene un cuaderno de datos epidemiológicos de los problemas enfrentados, en el que a más de las actividades realizadas, y de las consultas de primeros auxilios registra los fracasos (casos graves y muertes) y las actividades con la comunidad.

➤ *¿Qué eventos, qué hechos y variables se estudian con el cuaderno?*

El cuaderno está organizado en cuatro secciones (ver anexo)

- Registro de atención de enfermos
- Registro de morbilidad frecuente: paludismo y desnutrición
- Control de niño sano y embarazadas
- Relatos de casos graves y defunciones
- Actividades de control comunitario de paludismo

Con la información de las tres primeras secciones se trata de contestar a 5 preguntas epidemiológicas;

1. ¿Cuáles son los problemas más frecuentes?
2. ¿Cuál es la magnitud o frecuencia de estos problemas y su gravedad?
3. ¿Cómo se comportan los problemas en el tiempo? (tendencia mensual)
4. ¿Cómo se comportan los problemas por lugar o comunidad?
5. ¿Cómo se comportan los problemas según edad y sexo?

Los relatos de defunciones y casos graves recogen cuatro preguntas más:

1. ¿Qué se hizo para evitar el problema?
2. ¿Cuál es la concepción de evitabilidad de la familia y comunidad?
3. ¿Cuál es la concepción de responsabilidad?: ¿Qué o quién falló?. En este aspecto la discusión se profundiza a identificar causas inmediatas dependientes de la familia, comunidad o agentes de salud (formales o no formales) y los hechos socioeconómicos y políticos generales que pueden influir sobre el acontecimiento.
4. ¿Qué se debería hacer para evitar casos similares?

➤ *¿Para qué sirve el cuaderno?*

El cuaderno fue pensado para:

- Permitir tener un mejor conocimiento y caracterización del área y de los problemas prioritarios de las comunidades.
- Permitir orientar el trabajo y definir estrategias de intervención
- Ser utilizado como base en investigaciones con Promotores de Salud y Auxiliares que permitan profundizar los problemas detectados.
- Que el equipo de profesionales que visita la comunidad identifique los problemas prioritarios y supervise la actividad de los promotores y auxiliares.
- Capacitar en servicio a los promotores y auxiliares.
- Discutir problemas con la comunidad y lograr compromisos de acción.

➤ *¿Cómo se usa el cuaderno?*

La información consignada en el cuaderno fue utilizada para analizar los problemas en asambleas comunitarias, en la supervisión a los promotores y auxiliares y en los cursos de educación continua.

En un primer momento se utilizó un cuaderno “común y corriente” (formato libre) en el que el promotor de salud o el auxiliar de enfermería debía anotar la información requerida. Luego a petición de los mismos promotores de salud se preparó un cuaderno con formatos establecidos.

Al respecto se pudo observar lo siguiente:

CUADERNO COMÚN Y CORRIENTE (Formato libre)	CUADERNO CON FORMATO ESTABLECIDO
Información desordenada	Información ordenada
Relatos de muertes y casos graves más ricos de elementos.	Espacio limitado para escribir hace perder la riqueza del contenido Dificultad para escribir en espacios pequeños
Anotaban también reuniones realizadas	No hay formato para reuniones, mingas, actividades comunitarias

En base a estos resultados ha quedado claro que sería conveniente buscar un formato intermedio, que permita la escritura libre y detallada de los acontecimientos y a la vez guarde cierta rigidez en el orden de la información.

➤ *Evaluación de calidad de llenado de los cuadernos*

En enero 1996 se revisaron los cuadernos y se obtuvieron los siguientes resultados

CALIFICACIÓN USO DEL CUADERNO	PROMOTORES DE SALUD		AUXILIARES	
MUY BUENO	23.8%		70%	
BUENO	57,1%	80.9%	10%	80%
INSUFICIENTE		19.1%		20%
TOTAL		100%		100%

Criterios utilizados para la calificación del cuaderno:

Muy Bueno : llenado en todas sus partes en forma correcta

Bueno : datos incompletos en algunas partes

Insuficiente : datos incompletos en todas las partes

Las principales fallas encontradas fueron:

- No registran fecha
- No relatan historias en casos de muerte o casos graves
- Datos de pacientes y de actividades incompletos

➤ *Ejemplos del uso de información recogida en el cuaderno*

A continuación se presentan varios ejemplos de como se procesaron y analizaron los datos que los promotores y auxiliares consignan en sus cuadernos.

○ Resultados de informes de casos de paludismo presentados por promotores y auxiliares - Borbón septiembre / octubre 1992

Número de comunidades	Número de pacientes febriles	Menores de 10 años febriles	Placas Tomadas a contactos	Total placas tomadas	Total Positivos	P. vivax	P. falciparum	Percepción de efecto
26	254	40	143	397	87	29	58	Sólo aumento en 4 comunidades

Comentarios vertidos del análisis de los resultados por parte de los promotores de salud y auxiliares de enfermería:

- *Los casos graves de Timbiré se dieron después de una fiesta (por la migración de otras comunidades)*
- *Familias de enfermos que antes repetían paludismo con primaquina, no vuelven.*
- *Hay casos en que la cloroquina no tiene efectos rápidos.*
- *En Colón Eloy, predomina el Falciparum (35 casos) ¿por qué?*

○ Estudio de casos de desnutridos realizado por promotores

Preguntas a resolver:

- *¿Hay desnutridos en la comunidad?*
- *¿Cuales son las principales causas de desnutrición en la comunidad?*

Metodología:

Para saber si hay desnutridos hay que :

- *pesar a los niños*
- *observar a los niños*

Como no tenemos balanzas optamos por utilizar la cinta braquial en niños de 1 a 5 años para buscar casos de desnutridos graves y moderados.

Para conocer las causas de la desnutrición analizamos:

- *la situación familiar*
- *la historia de los desnutridos*

Para esto utilizamos el siguiente esquema:

COMUNIDAD	NOMBRE	EDAD	SEXO	TIPO DE FAMILIA	CAUSAS	TRATAMIENTO

Resultados de la investigación

En nuestras comunidades encontramos 53 niños desnutridos, con la cinta braquial.

Principales causas:

- *complicación de enfermedades: 23 casos*
- *abandono, descuido, pobreza: 15 casos*
- *quitar el seno temprano (biberón): 11 casos*
- *falta de leche materna: 6 casos*
- *enfermedades durante el embarazo: 4 casos*
- *embarazos muy seguidos: 2 casos*

Actividades para resolver los casos:

En cuanto a la primera causa {enfermedades}:

- 1. Para el paludismo : tratamiento rápido y completo de los enfermos. Aplicar medidas de prevención*
- 2. Para la diarrea :*
 - *hidratación (suero oral y casero)*
 - *agua segura (cloración)*
 - *remitir los casos más graves*

En cuanto a la segunda causa : [abandono, descuido, pobreza]:

1. preparación de papilla hipercalórica
2. pedir suplemento alimenticio al hospital
3. preparación de soya.

○ Estudio de defunciones realizado por promotores y auxiliares

COMUNIDAD	SEXO	EDAD	CAUSAS	¿SE PODÍA EVITAR?	¿QUIEN PODÍA EVITAR?
COLON ELOY	F	60 a	H.T.A	No	
	F	28 a	Parto, H.T.A	Si	
	M	8 m	Desnutrición	Si	
	M	12 a	Paludismo	Si	
	F	15 d	Bajo Peso	No	
S. JOSÉ CAYAPA	M	1 a	Desnutrición	Si	La madre teniendo mayor cuidado. La red comunitaria
	F	11 m	Desnutrición	Si	Lo mismo
	F	8 a	Quemadura	Si	Los padres
ALTO CAYAPA	M	2 d	Desconocida		
	M	2 d	Desconocida	Si	
	M	1,2 m	Desnutrición	Si	Los padres
	M	70 a	Cólera	Si	Los familiares si llevaban al enfermo
	M	72	Cólera	Si	Lo mismo
	M	55 a	Hipertensión	No	
	M	18 a	Paludismo	Si	Los familiares con tratamiento rápido
	F	25 a	Paludismo	Si	Lo mismo
	M	70 a	Cirrosis Hepática	No	
F	30 a	Ahogamiento	No		
S. FRANCISCO DEL ONZOLE	M	33 a	Asesinato	No	
EL EDÉN	M	38 a	Asesinato	No	
	M	16 a	Asesinato	No	
	F	85 a	Desconocida	No	

○ Relatos de casos graves y defunciones

NOMBRES Y APELLIDOS				
Beatriz Gaicardo Gomez				
EDAD	SEXO	RAZA	FECHA	LUGAR DE PROCEDENCIA
23	F	Negra	96-10-23	Resicinto Valdez
QUE TENIA EL PACIENTE? (SIGNOS Y SINTOMAS)				
Herida en la parte posterior de la nalgua				
T: 38°, hiedema en toda la pierna y dolor fuerte.				
QUE DIAGNOSTICO HIZO USTED?				
Infección				
QUE ACTIVIDADES SE HICIERON ANTES DE QUE SE AGRAVE Y QUE SE LE DIO?				
Fue referida al suceso de salud de Maldonado donde recibió atención médica. La Dra le suturo y le recetó ampicilina en caps x dos días y una inyección antitetánica.				
QUE SE HIZO PARA EVITAR QUE SE AGRAVE?				
- Extracción de pus por que la herida estaba llena de pus, tenía 30 cc fuera de lo que embedió la gasa.				
- Drenaje y curación dos veces al día.				
QUE SE DEBERIA HACER PARA EVITAR OTROS CASOS SIMILARES?				
Antes de suturar una herida hay que hacer una limpieza bien hecha y saber que tipo de herida es para suturarla.				

ESCRIBA CON DETALLE LA HISTORIA

La paciente fue caida de un puente al bajar un estero. El cual fue herida por las piedras que estaban al fondo del estero, la herida fue profunda de inmediato fue trasladada al suceso de salud donde recibió atención médica.

A los dos días la paciente ya podía caminar, se quejaba de dolor fuerte, fiebre y hiedema en toda la pierna.

Se le abrió la herida en donde salió pus, a borboxones con arena y sucio de las piedras en la que se hizo la herida.

Tratamiento

Después del tratamiento que le mando la Dra. Yo le añadí:

Megocetina 1 al día x 3 días

Benzatimies 1

Ampicilina caps de 500mg 1C/6h x 7 días

Diclofenac tab 1 dos veces al día

Curación dos veces al día hasta que dejó de drenar, luego una vez al día

Reparo

Por últimos 5 inyecciones de Rifocin oridadas por la Dra Mariela.

La paciente se recupero muy bien y no presenta ningun sintoma.

RELATOS DE DEFUNCIONES

NOMBRE Y APELLIDO: _____

EDAD 75	SEXO f	LUGAR DE PROCEDENCIA Wumbuto	FECHA 15 de Sept. año del '96	RAZA negra
---------	--------	---------------------------------	-------------------------------------	---------------

CAUSAS: Diabética También era hipertensa
sufía de Reuma

ERA EVITABLE

SI POR QUE? tomando su medicación según
la indicación del médico y que no le dio
haber faltado su medicamento

NO POR QUE? _____

QUE SE HIZO PARA EVITAR LA MUERTE

no se pudo evitar esa muerte por que
faltó en parte apoyo del familiar mas cercano
y también la falta de los equipos médico

COMO SE PODIA EVITAR

controles periódicos por los médicos que conforma
los equipos médico

QUE SE DEBERIA HACER PARA EVITAR OTRAS MUERTES SIMILARES

Estar mas pendiente de esta persona que
los familiares estén mas pendientes de su enfermo

ESCRIBA CON DETALLE LA HISTORIA

La Señora Gumercinda Quintero Rodriguez
de 75 años de edad de la comunidad Wumbuto
está de 4 horas de camino al centro de
salud mas cercano lo mas lamentable
la no presencia del equipo en este año/96
y tampoco en el subcentro de concepción
para poder controlar a esta paciente de escasos
Recursos económico

El comienzo de esta enfermedad de la Señora
Gumercinda Quintero Rodriguez esto fue
en 1979, le comienza con abundante orina con
espuma ella prorro su orina por que le
perseguia bastante orugas estaba dulce
alli se la envió al médico por que ya
se le abian presentado otros síntomas desde
entonces los médicos que entraron en la
comunidad le asian el control y le defaban
su medicación de lo que no entraron los
médicos a la comunidad solo tomaba su medica-
ción cuando el P.S le llevaba el medicamento
pero la familia deseido un poco a su
paciente en lo económico cuando no podia
traerle el promotor de allí ella se queda
sin medicina y comenzó a decaer y se
puso un poco temblorosa y sin ganas de
comer ya como promotor vino uno hijo
que estubo en Quayaquil y se lo llevo y fue
como la Señora se puso mal y durante 3 semanas

RELATOS DE DEFUNCIONES

NOMBRE Y APELLIDO: _____

EDAD	SEXO	LUGAR DE PROCEDENCIA	FECHA	RAZA

CAUSAS: _____

ERA EVITABLE

SI POR QUE?

_____NO POR QUE?

_____QUE SE HIZO PARA EVITAR LA MUERTE

_____COMO SE PODIA EVITAR

_____QUE SE DEBERIA HACER PARA EVITAR OTRAS MUERTES SIMILARES

*el promotor de salud de esa comunidad. Si
fide el tratamiento si lo estan tomando como de us.*

ESCRIBA CON DETALLE LA HISTORIA

La llevo la hija al hospital de en Guayaquil de alli como se puso muy mal la trajero y lo internaron al hospital de Borbon Se abia podido a ser algo pero el familiar lo seco por que estaba en estado de coma y decidieron llevarselo a la comunidad donde estaba todo su familiar y fue cuando el mismo dia murio a las 4 de la mañana

➤ *Opinión de promotores y auxiliares con respecto a la utilidad del cuaderno:*

En la primera evaluación hecha sobre el cuaderno, los promotores y auxiliares dieron las siguientes opiniones:

- *Es la memoria de lo que pasa en la comunidad (archivo)*
- *Justifica el trabajo realizado por promotores y auxiliares*
- *Ayuda a orientar el trabajo*
- *Registra fechas de nacimiento de los niños y casos de defunciones (registro civil)*
- *Tiene toda la información reunida*
- *Sirve para actualizar el diagnóstico de la comunidad*
- *Si es revisado por los equipos médicos serviría como capacitación continúa para promotores y auxiliares*
- *Sirve para discutir con la comunidad los casos graves*
- *Instrumento de evaluación del trabajo del promotor y auxiliar*

La opinión de los promotores y auxiliares sobre las enseñanzas y utilidad de las investigaciones realizadas a partir del procesamiento y análisis de datos recogidos por el cuaderno fueron:

- *Descubrimos que hay casos de paludismo (lámina positiva) en personas sin síntomas, que pueden dar origen a un brote.*
- *Aprendimos que se deben priorizar grupos de personas en mayor riesgo: (niños, ancianos, embarazadas, personas que repiten el paludismo)*
- *Aprendimos que cada caso necesita un tratamiento específico*
- *Aprendimos que se deben buscar a los niños desnutridos y tratarlos (no esperar que acudan)*
- *Aprendimos la importancia de llevar registros de recién nacidos y defunciones*
- *Aprendimos a mejorar la calidad de nuestro trabajo*
- *Aprendimos a hacer un diagnóstico claro y sencillo de la comunidad para intervenir y dar seguimiento a los problemas*
- *Nos ayuda a evitar muertes futuras*
- *Pudimos verificar la calidad del diagnóstico del paludismo (laboratorio)*
- *Aumentó el espíritu de observación y comparación de casos*
- *Ayudó a descubrir las causas reales de desnutrición.*

¿Cómo estas enseñanzas mejoran la calidad de nuestro trabajo?:

- *Con la búsqueda de casos en los familiares de los enfermos*
- *Con el tratamiento oportuno de los enfermos.*
- *Haciendo profilaxis a las embarazadas que tuvieron crisis de paludismo.*
- *Mejora la toma de muestras para paludismo.*
- *Descubriendo las causas reales, se puede intervenir en forma más eficaz.*
- *Permite intervenir en los problemas prioritarios de la comunidad.*
- *Más seriedad en nuestro trabajo.*

□ Capacitación continua:

Para la capacitación de auxiliares y promotores se utilizaron tres modalidades:

1. Talleres de capacitación bimestral con todos los auxiliares de enfermería y promotores, en los que se realizaba también monitoreo de actividades.
2. Capacitación práctica sobre problemas específicos
3. Capacitación en la acción.

➤ *Talleres de capacitación y reuniones de monitoreo bimestral*

Después del taller de diagnóstico inicial y priorización de los problemas, los cursos sobre problemas de salud o enfermedades específicas fueron diseñados como instrumentos de planificación, investigación, implementación de actividades y evaluación continua del trabajo. En todos los cursos se revisaban las actividades realizadas para resolver los problemas abordados en los cursos anteriores.

○ Metodología:

Los cursos han tenido una frecuencia bimestral y tres días de duración cada uno, constaban de dos partes:

Primera parte:

- Revisión de actividades realizadas
- Recolección de información a partir de los cuadernos
- Análisis de la información
- Modificación o ajuste de estrategias, actividades y compromisos

Segunda parte:

- Profundización sobre un problema de salud-enfermedad considerado prioritario para el área y para el momento.
- La metodología seguida fue responder en trabajo de grupos y luego discutir en plenaria las siguientes preguntas:

- ⇒ ¿Cómo se reconoce o diagnostica la enfermedad?
- ⇒ ¿Cómo se transmite o contagia?
- ⇒ ¿Qué se hace? (Tratamiento médico clásico, tratamiento tradicional)
- ⇒ ¿Quiénes tienen mayor posibilidad de morir o de enfermar?
- ⇒ Causas y consecuencias de la enfermedad
- ⇒ ¿Cuáles son las mejores soluciones y cómo escogerlas?
- ⇒ Actividades y compromisos.

○ Utilidad

Son una suerte de escuela de programación local en los que se detectan los problemas, se los analiza, se buscan soluciones y se planifican actividades concretas.

Sirven para profundizar el conocimiento sobre las principales patologías del área y realizar pequeñas investigaciones.

El análisis de la información permite llegar a descubrir también las fallas de los servicios de salud.

Los resultados de estas actividades se transformaron en protocolos o algoritmos de manejo de casos, que se entregaron a promotores.

○ Ejemplos

A continuación se presenta un ejemplo de detección de fallas y un algoritmo de manejo de IRA.

Ejemplo 1

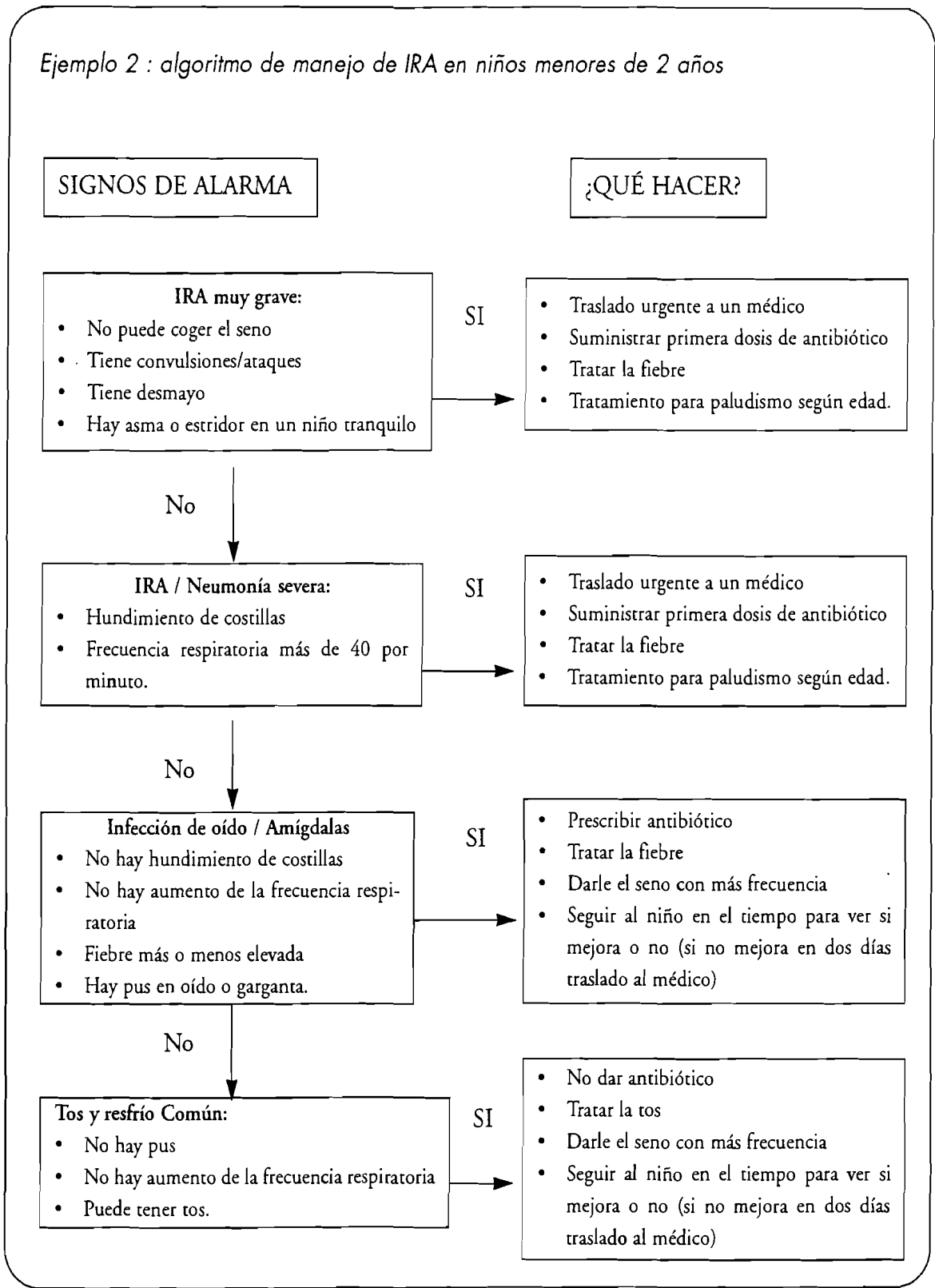
Control de calidad del laboratorio para diagnóstico de paludismo.

Una de las estrategias implementadas para el control comunitario del paludismo fue el diagnóstico y tratamiento oportuno de los casos. Cada promotor debía tomar una muestra de sangre a todo febril y enviarla al laboratorio del Servicio de Control de Malaria (SNEM) en Borbón. Si el cuadro clínico justificaba se daba inmediatamente el tratamiento.

Dos promotoras de salud, Oberliza de la comunidad de San José del Cayapa y Juliana de la comunidad de Wimbicito, se dieron cuenta que los resultados de laboratorio de las láminas que enviaban no coincidían con el cuadro clínico de los pacientes y organizaron cada una por su cuenta un control de calidad del laboratorio.

A cada paciente le tomaron dos muestras y las enviaron a dos laboratorios diferentes y compararon los resultados. Pudieron comprobar así que el laboratorio de referencia tenía problemas de diagnóstico y presentaron el problema en una reunión de monitoreo.

Ejemplo 2 : algoritmo de manejo de IRA en niños menores de 2 años



Nota: Todos estos niños deben estar vacunados por:

- BCG
- DPT (a los 3 meses)
- ANTISARAMPIÓN (a los 9 meses)

➤ *Capacitación práctica sobre problemas específicos*

Los talleres zonales sobre patología dérmica, nutrición y control comunitario tienen una duración de 2 - 3 días, se realizan en una comunidad con todos los Promotores de salud y Auxiliares del mismo Río.

○ Metodología:

- Realización participativa de una acción con tutoría del equipo.
- Devolución de datos a la comunidad

○ Utilidad:

- Permite evaluar la capacidad de poner en práctica los conceptos teóricos adquiridos en los cursos.
- Aumenta la capacidad de diagnóstico diferencial del Promotor de salud.
- Es al mismo tiempo un diagnóstico de un problema existente y una intervención para limitarlo.

Ejemplo: Taller sobre patología dérmica

"Nos reunimos dos días con 4 compañeros del equipo de salud de Colón del Onzole, donde había muchas personas, sobre todo niños, con problemas de piel. Avisamos de casa en casa para que la gente con el problema se acercara a la piragua del pueblo. Entre compañeros revisábamos el enfermo, discutíamos entre nosotros y comentábamos con el doctor nuestras opiniones sobre la enfermedad que podía tener. Juntos decidíamos de que se trataba y nosotros proponíamos el tratamiento. Anotábamos en el cuaderno cada caso y el seguimiento que había que darle. Por la noche hicimos una reunión con la comunidad para comunicar el resultado de nuestro trabajo y dar consejos para evitar recaídas".

Gonzalo Medina (Promotor de salud, Colón del Onzole)

Lindon Corozo (Aux. Enfermería, Santo Domingo Onzole)

➤ *Capacitación en la acción*

○ Metodología:

- Revisión del cuaderno con el Promotor o Auxiliar
- Participación del Promotor de salud o Auxiliar en actividades educativas y preventivas y en la consulta de morbilidad
- Realización conjunta de asambleas comunitarias para informar a la comunidad de la situación existente, analizar la situación y buscar soluciones.

○ Utilidad:

- Permite evaluar el uso de los protocolos de tratamiento
- Permite evaluar la relación diagnóstico - tratamiento
- Aumenta la capacidad de diagnóstico
- Fortalece la credibilidad del promotor de salud - Auxiliar frente a la comunidad
- Aumenta la conciencia de la comunidad sobre su propia situación de salud.
- Involucra a la comunidad en la solución de los problemas

OPINIONES DE LOS PROMOTORES DE SALUD Y DEL EQUIPO DE COORDINACIÓN SOBRE LAS DIFERENTES MODALIDADES DE CAPACITACIÓN

MODALIDAD	POSITIVO	NEGATIVO
CAPACITACIÓN BIMESTRAL CONCENTRADA EN BORBON	<ul style="list-style-type: none"> • Permite que los promotores de salud y auxiliares, tengan un conocimiento global del área (P)*. • Permite confrontar experiencias (P). • Permite la discusión de los casos graves o muertes: es mucho más rica cuando la hacen todos juntos (P). • Facilita el intercambio de conocimientos sobre la medicina natural (P). • Sirve para fortalecer la organización (P). • Anima a los decepcionados por algún fracaso (P) 	<ul style="list-style-type: none"> • Costo muy elevado (E) • Permite capacitar en lo teórico pero no en lo práctico (E).
CAPACITACIÓN PRACTICA ZONAL SOBRE PROBLEMAS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Permite realizar acciones concretas en la comunidad con colaboración de otros compañeros (P) • Permite evaluar la práctica de promotores de salud y auxiliares (E) • Aumenta la confianza de la comunidad hacia el promotor de salud (P) • La comunidad toma más conciencia de la importancia de las actividades que permiten conocer la magnitud de un problema (P) • Aumenta la capacidad de diagnóstico diferencial de los promotores de salud y auxiliares (E;P) • Menor costo (E) 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere más tiempo
CAPACITACIÓN EN LA ACCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Aumenta la capacidad de diagnóstico (E+P) • Evalúa el uso correcto de protocolos de tratamiento (E) • Capacita en el registro correcto de datos (E y P) • Tiene menor costo (E) • Aumenta la conciencia de la comunidad sobre su propia situación (E+P). • La comunidad participa más en la solución de sus problemas (E+P). 	<ul style="list-style-type: none"> • Los equipos de salud rural dedican poco tiempo a este tipo de acción por: falta de visión en APS y Epidemiología comunitaria (E+P). • A veces cuando va el equipo no está el promotor de salud (falta de comunicación y coordinación entre equipos y promotores de salud) (E).

* (E): Opinión del equipo de coordinación. (P): Opinión del promotor de salud

□ Asambleas comunitarias

La asamblea comunitaria puede ser realizada tanto por el promotor de salud o auxiliar de enfermería, como por el equipo de profesionales cuando visitan a la comunidad. Estas asambleas son fundamentales para el trabajo ya que es el mecanismo para involucrar la comunidad y constituyen un espacio para el análisis y priorización de problemas.

➤ *Utilidad de la asamblea:*

Puede realizarse con diferentes finalidades:

- Para realizar un diagnóstico
- Para discutir sobre casos graves o de muerte ocurridos en la comunidad
- Para definir estrategias de intervención
- Para analizar problemas.

Un Ejemplo (Bol. Epidem. MSP Jul-Ago 1994; 41:3-5):

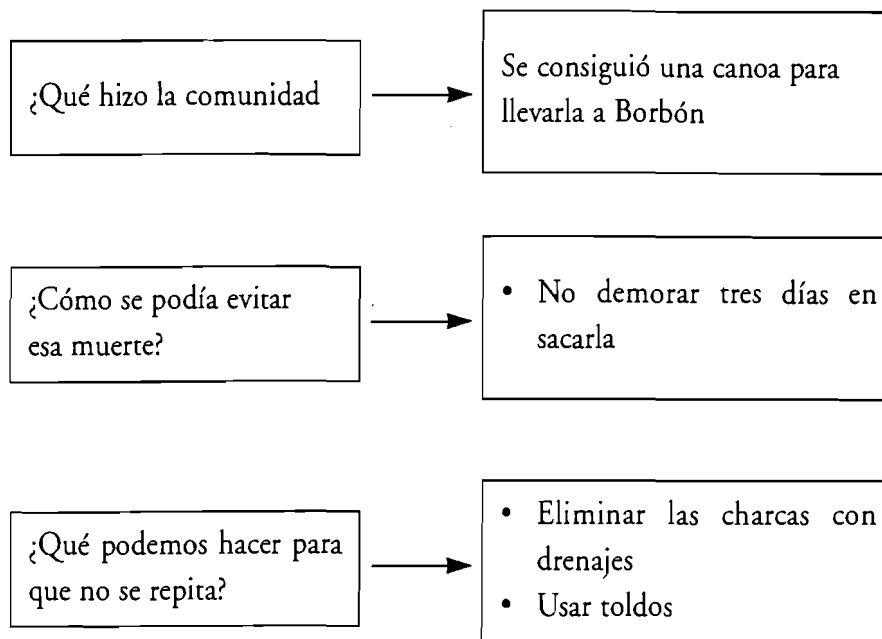
Antecedentes

Las comunidades negras de la zona norte de Esmeraldas han convivido durante muchos años con el paludismo y pueden reconocerlo perfectamente cuando se encuentran frente a un caso. Conocen tanto el mecanismo de transmisión como el tratamiento, sin embargo, el aislamiento en el que se encuentran estas comunidades y la inconstante presencia de los equipos de salud son muchas veces causa de agravamiento e inclusive de muerte.

En la comunidad Selva Alegre, área Borbón, provincia de Esmeraldas, en diciembre de 1993 se registró la muerte de una mujer adulta con diagnóstico probable de paludismo. El equipo de salud que labora en dicha comunidad, con el propósito de promover la participación comunitaria en el análisis de las causas de los problemas de salud y la aplicación de medidas de control comunitario, organizó una asamblea. Se inició pidiendo a los asistentes que cuenten lo que pasó con esta mujer y uno por uno fueron relatados los hechos que se suscitaron en torno al caso:

“Sra. Aída de 40 años 3 hijos. En noviembre apareció una mano en el cementerio y ella la vio, desde lo cual le dio fiebre y arrojadera y fue donde el doctor, quien le hizo el examen para paludismo y le dio medicina con lo que se mejoró, y ya salió al monte. Un domingo le volvió a dar fiebre y dolor de estómago, pasó tres días así, y como no estaba el doctor, la llevaron a Borbón, pasó dos días en el Hospital donde se puso amarilla y le daban ataques y arrojaba líquido amarillo. Murió el jueves a la cinco de la mañana”.

A partir de este relato se inició el análisis del problema en base a las siguientes preguntas:



❑ Los arrullos como escenarios de comunicación

El arrullo es un ritmo de tambores rápido (bombo y cununo) con las voces de muchas mujeres que cantan siguiendo el patrón de llamada-respuesta, acompañados por el sonido de guasás y maracas. En las comunidades de ascendencia africana de Borbón, los ritos musicales ancestrales se han mantenido y grupos informales inventan décimas y arrullos alrededor de acontecimientos importantes que han sucedido en la comunidad.

Durante el desarrollo del proyecto, los auxiliares de enfermería y los promotores de salud realizaron diferentes actividades educativas y como consecuencia de esto, algunos grupos compusieron arrullos que hacían referencia a la patología prevalente, su forma de transmisión y las medidas de prevención.

Un ejemplo:

Arrullo del cólera (Ay, Ay, Ay me cago)

Estribillo:

*Ay, Ay, Ay me cago
cólera me ha dado
Denme agua de pipa
que me estoy cagando.*

*Por comer pescado,
concha y camarón,
medio sancochado
cólera me ha dado*

Estribillo...

*Doctora Mariela
ay me estoy cagando
deme tratamiento
para seguir viviendo*

Estribillo...

Auxiliar Felisa

*ay póngame un suerito
póngame un suerito
ay deme suero oral.*

Estribillo...

*Lávense las manos
ay antes de comer
Tomen agua hervida
ay para proteger.*

Estribillo...

*Cólera maldito
en Colón Eloy
por escrupuloso
ay me dio con dolor.*

Auria Valencia y Grupo Colón Eloy Alegre



☞ La investigación epidemiológica clásica en apoyo a la evaluación de un programa de Epidemiología Comunitaria

⇒ *Un estudio que evalúa el impacto de las actividades de control comunitario de paludismo durante un brote epidémico en el río Cayapas, área Borbón-Esmeraldas-Ecuador*

☐ Antecedentes

La malaria constituye en el Ecuador una de las primeras causas de morbilidad. Más del 60% de la población se encuentra expuesta a contraer esta enfermedad por vivir en áreas maláricas o potencialmente maláricas.

Durante los últimos 5 años el 44% del total de los casos de malaria confirmados por laboratorio se concentran en la provincia de Esmeraldas (25.6%) y Manabí (17.8%), siendo más del 60% del total de casos de malaria debidos a *P. Falciparum* (Esmeraldas 30.8%)

En Esmeraldas, los cantones de más alto riesgo son: San Lorenzo con un Índice Parasitario Anual (IPA) de 89,6% y una Frecuencia Relativa de Infecciones por Falciparum (FRIF) de 59,3% (periodo 89-93), y Eloy Alfaro con un IPA de 46,3% y un FRIF de 66,5% (periodo 89-93).

Las estrategias implementadas fueron:

1. Control de vectores
 - impregnación de toldos
 - control de criaderos
 - siembra de peces larvófagos
 - fumigación perifocal
2. Educación y capacitación comunitarias
 - capacitación a líderes
 - asambleas comunitarias
3. Diagnóstico y tratamiento
 - búsqueda activa de febriles y tratamiento radical
 - encuestas hemáticas
 - tratamiento colectivo con Cloroprimaquina
4. Seguimiento de casos
5. Quimioprofilaxis a embarazadas y desnutridos

En 1990, en el mismo sector, se había producido un brote de paludismo. En esa ocasión las intervenciones se limitaron a realizar tratamiento oportuno de febriles, tratamiento colectivo con cloroprimaquina y seguimiento de casos con un equipo médico itinerante.

➤ *Registro de información y análisis de datos*

Cada promotor de salud o auxiliar de enfermería anotó en su cuaderno de vigilancia epidemiológica el número de febriles, el número de láminas tomadas y los respectivos resultados.

En cada comunidad se abrió una carpeta en la que constaba el censo de familias, el censo de toldos, un croquis con mapeo de criaderos y las actividades realizadas durante la visita.

➤ *Medición del impacto*

Para medir el impacto de la aplicación de la estrategia integral que se aplicó durante el brote epidémico de 1994 se compararon las tasas de prevalencia de infección por *Plasmodium*, de anemia y de esplenomegalia seis meses después del brote, tanto en 1991 como en 1995. En 1991 y 1995 la encuesta se realizó en niños de 1 a 12 años que provenían de 4 comunidades escogidas al azar. (En 1991 n=95; en 1995 n=114)

En cada niño se realizó examen clínico, palpación y medición del bazo, un examen de hematocrito de una muestra de sangre recogida por punción del dedo índice con tubo capilar y frotis y gota gruesa con coloración Giemsa para hematozoario.

□ Resultados

TASAS DE REDUCCIÓN DE MALARIA, ESPLENOMEGALIA Y ANEMIA EN NIÑOS DE 1 A 12 AÑOS RÍO CAYAPAS 1991-1995 - BORBON - ESMERALDAS

		AÑO 91	AÑO 95	valor p
PLACAS POSITIVAS	% IC 95%	34.7 (25.4 - 45.3)	3.6 (1.1 - 9.6)	< 0.05
ESPLENOMEGALIA	% IC 95%	78.9 (69.4 - 86.6)	12.8 (7.2 - 20.6)	< 0.05
ANEMIA	% IC 95%	97.9 (92.6 - 99.7)	58.8 (48.0 - 67.2)	< 0.05

□ Conclusiones

Existe una diferencia significativa entre las tasas de prevalencia de parasitemia, anemia y esplenomegalia de 1991 y 1995.

Los principales artífices en el control del brote fueron los promotores de salud y los auxiliares de enfermería del sector, demostrándose una vez más la capacidad de intervención que tienen los agentes de salud comunitaria para el control de enfermedades transmitidas por vectores y para involucrar la comunidad.