

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
 CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
 ESCUELA DE SALUD PUBLICA DE NICARAGUA
 UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
 FACULTAD DE MEDICINA
 MAESTRIA EN SALUD PUBLICA



INFORME DE TRABAJO DE TESIS
 PARA OPTAR AL TITULO DE
 MASTER EN SALUD PUBLICA.

"CAPACIDAD RESOLUTIVA DE COMUNIDADES RURALES
 QUE CUENTAN CON PROMOTORES (AS) DE SALUD EN
 CHALATENANGO Y MORAZAN, EL SALVADOR 1998."

Manuel Martínez M.

AUTORES: / Dra. Christa Baatz /
 / Dr. Miguel A. Orellana /

TUTOR: Lic. Manuel Martínez M.

ASESORAS: Dra. Dorotea Ceccheto
 Dra. Bettina Koepeke
 Lic. Amelia Rodríguez

San Salvador, Agosto de 1999.

DEDICATORIA

AL PERSONAL MEDICO NACIONAL E INTERNACIONAL QUE PARTICIPO ACTIVAMENTE EN EL RECIEN PASADO CONFLICTO MILITAR EN EL SALVADOR COMO EJEMPLO DE SOLIDARIDAD Y FRATERNIDAD.

A LAS COMUNIDADES RURALES Y AL PUEBLO SALVADOREÑO PROTAGONISTAS DE LA LUCHA POR UNA SOCIEDAD MAS JUSTA Y HUMANA

A LOS PROMOTORES (AS) RURALES DE SALUD QUE CON SU VALENTIA, SACRIFICIO, HEROISMO Y ESFUERZO CONTRIBUYERON A SALVAR VIDAS HUMANAS.

A NUESTROS COMPAÑEROS Y COMPAÑERAS QUE FORMARON PARTE DE LAS ESTRUCTURAS SANITARIAS, BRINDANDO SU VIDA POR UN FUTURO MEJOR PARA EL PUEBLO SALVADOREÑO.

NO LOS OLVIDAMOS, SU RECUERDO NOS INSPIRA A SEGUIR ADELANTE...

AGRADECIMIENTOS

A NUESTROS PADRES Y FAMILIARES.

A LAS INSTITUCIONES QUE APOYARON FINANCIERAMENTE ESTE ESFUERZO.

A LOS EQUIPOS DOCENTES DE NICARAGUA Y DE EL SALVADOR

A NUESTRO TUTOR Y EQUIPO DE COLABORADORES (AS)

A NUESTROS COMPAÑEROS DE TRABAJO, COLEGAS Y AMIGOS

QUIENES SIEMPRE ESTUVIERON DISPUESTOS A APOYARNOS .

EL PUEBLO SALVADOREÑO TIENE EL CIELO POR SOMBRERO
TAN ALTA ES SU DIGNIDAD EN LA BUSQUEDA DEL TIEMPO
EN QUE FLOREZCA LA TIERRA POR LOS QUE HAN IDO CAYENDO
EN QUE VENGA LA ALEGRÍA A LAVAR EL SUFRIMIENTO.

DALE QUE LA LUCHA ES LENTA PERO SIGUE SIENDO MARCHA
DALE QUE EMPUÑANDO EL SOL SE ACERCA LA MADRUGADA
DALE QUE LA LUCHA TUYA ES PURA COMO UNA MUCHACHA
CUANDO SE ACERCA AL AMOR CON EL ALMA LIBERADA.

DALE SALVADOREÑO QUE NO HAY PAJARO PEQUEÑO
QUE DESPUES DE ALZAR EL VUELO SE DETENGA EN SU VOLAR.

HERMANO SALVADOREÑO VIVA TU SOMBRERO AZUL
DALE QUE TU LIMPIA SANGRE GERMINARA COMO EL MAR
Y SERA UNA ENORME ROSA DE AMOR POR LA HUMANIDAD.

HERMANO SALVADOREÑO VIVA TU SOMBRERO AZUL
TENDRAN QUE LLENAR EL MUNDO DE MASACRES DEL SUMPUL
PARA QUITARTE LAS GANAS DEL AMOR QUE TIENES TU.

DALE SALVADOREÑO.....

ALI PRIMERA

SIGLAS UTILIZADAS.

ANTA	Asociación Nacional de Trabajadores Agropecuarios
APS	Atención Primaria en salud
ASPS	Asociación Salvadoreña Promotora de la Salud.
BPR	Bloque Popular Revolucionario
CCP	Comunidades con promotor
CCR	Coordinadora de Comunidades Rurales
CICR	Comité Internacional de La Cruz Roja
CODIPSA	Comisión Diocesana de Pastoral en Salud
CPHC	Community Primary Health Care
CSP	Comunidades sin promotor
DIGESTYC	Dirección General de Estadística y Censos
ERP	Ejercito Revolucionario del Pueblo
FECCAS	Federación Cristiana de Campesinos Salvadoreños
FESAL	Encuesta Nacional de Salud Familiar
FIDA	Fondo Internacional para el Desarrollo Agropecuario
FMLN	Frente Farabundo Martí de Liberación Nacional
FTC	Federación de Trabajadores del Campo
FUNDE	Fundación Nacional para el Desarrollo
LL	Las Ligas Populares para la Liberación
LP-28	Ligas Populares 28 de febrero
MERS	Movimiento Estudiantil Revolucionario de Secundaria
MSPAS	Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social
ODSI	Organismo Departamental de Salud Integral
OLSI	Organismo Local de Salud Integral
ONG	Organismo No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ORDEN	Organización Democrática Nacionalista
PADECOMS	Patronato para el Desarrollo de las Comunidades de Morazán
PIB	Producto Interno Bruto

PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
PPL	Poder Popular Local
PRODERE	Programa de Desarrollo para Desplazados, Refugiados y Repatriados
PROSAMI	Proyecto de Salud Materno Infantil
PSC	Promotores de Salud Comunitaria
PTT	Plan de Transferencia de Tierras
SILOS	Sistemas Locales de Salud.
SPHC	Selección Primary Health Care
UCA	Universidad Centroamericana
UES	Universidad de El Salvador
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.
UTC	Unión de Trabajadores del Campo.
WHO	World Health Organization

CONTENIDO

RESUMEN

1-INTRODUCCION	1
2-ANTECEDENTES	3
3-JUSTIFICACION	7
4-OBJETIVOS	9
5-MARCO REFERENCIAL	11
6-HIPOTESIS	44
7-DISEÑO METODOLOGICO	45
8-RESULTADOS	71
9-DISCUSION	98
10-CONCLUSIONES	126
11-RECOMENDACIONES	128
12-BIBLIOGRAFIA	130
13-ANEXOS A – D	134

INDICE

TABLAS DEL DISEÑO METODOLOGICO

TABLA 1	MUESTRA DE ESTUDIO Las Comunidades Con Promotor (CCP) en Chalatenango
TABLA 2	MUESTRA DE CONTROL 1 Las Comunidades Sin Promotor (CSP) en Chalatenango
TABLA 3	MUESTRA DE CONTROL 2 y 3 Las Comunidades Con y Sin Promotor (CCP y CSP) en Morazan
TABLA 4a	PUNTUACION DE LOS FACTORES DE RIESGO
TABLA 4b	EVALUACION CUANTITATIVA DE LOS FACTORES CONDICIONANTES EN LAS COMUNIDADES DE CHALATENANGO
TABLA 4c	EVALUACION CUANTITATIVA DE LOS FACTORES CONDICIONANTES EN LAS COMUNIDADES DE MORAZAN

INDICE

TABLAS DEL ANEXO

CHALATE NANGO	MORA- ZAN	TITULOS
Tabla 1 a	Tabla 1 b	DISTRIBUCION DE MUJERES ENCUESTADAS SEGUN LA EDAD / En comunidades con y sin promotor (CCP y CSP)
Tabla 2 a	Tabla 2 b	DISTRIBUCION DE MUJERES ENCUESTADAS SEGUN EL NIVEL ESCOLAR /En comunidades con y sin promotor (CCP y CSP)
Tabla 3 a	Tabla 3 b	DISTRIBUCION DE MUJERES ENCUESTADAS SEGUN EL N° DE HIJOS/ En comunidades con y sin promotor (CCP y CSP)
Tabla 4 a	Tabla 4 b	DISTRIBUCION DE MUJERES ENCUESTADAS SEGUN LA LETRINIZACION/ En comunidades con y sin promotor (CCP y CSP)
Tabla 5 a	Tabla 5 b	RELACION ENTRE EL NIVEL ESCOLAR Y LA EDAD/ En comunidades con promotor (CCP)
Tabla 6 a	Tabla 6 b	RELACION ENTRE EL NIVEL ESCOLAR Y LA EDAD/ En comunidades sin promotor (CSP)
Tabla 7 a	Tabla 7 b	RELACION ENTRE EL N° DE HIJOS Y LA EDAD/ En comunidades con promotor (CCP)
Tabla 8 a	Tabla 8 b	RELACION ENTRE EL N° DE HIJOS Y LA EDAD/ En comunidades sin promotor (CSP)
Tabla 9 a	Tabla 9 b	TRATAMIENTO DE LA DIARREA/ en comunidades con promotor (CCP)
Tabla 10 a	Tabla 10 b	TRATAMIENTO DE LA DIARREA/ en comunidades sin promotor (CSP)
Tabla 11 a	Tabla 11 b	CONOCIMIENTO O UTILIZACION DE SUERO ORAL (SO) / en comunidades con promotor (CCP)
Tabla 12 a	Tabla 12 b	CONOCIMIENTO O UTILIZACION DE SUERO ORAL (SO) / en comunidades sin promotor (CSP)
Tabla 13 a	Tabla 13 b	UTILIZACION DE SUERO ORAL (SO) / en comunidades con promotor (CCP)
Tabla 14 a	Tabla 14 b	UTILIZACION DE SUERO ORAL (SO) / en comunidades sin promotor (CSP)
Tabla 15 a	Tabla 15 b	CONOCIMIENTO O UTILIZACION DE SUERO ORAL (SO) / en comunidades con y sin promotor (CCP y CSP)
Tabla 16 a	Tabla 16 b	UTILIZACION DE SUERO ORAL (SO) / en comunidades con sin promotor (CCP y CSP)
Tabla 17 a	Tabla 17 b	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS DE DIARREAS / en comunidades con promotor (CCP)
Tabla 18 a	Tabla 18 b	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS DE DIARREAS / en comunidades sin promotor (CSP)
Tabla 19 a	Tabla 19 b	CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS DE DIARREAS / en comunidades con promotor (CCP)
Tabla 20 a	Tabla 20 b	CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS DE DIARREAS / en comunidades sin promotor (CSP)

Tabla 21 a	Tabla 21 b	CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS DE DIARREAS / en comunidades con y sin promotor (CCP y CSP)
Tabla 22 a	Tabla 22 b	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS CAUSAS DE DIARREAS / en comunidades con promotor (CCP)
Tabla 23 a	Tabla 23 b	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS CAUSAS DE DIARREAS / en comunidades sin promotor (CSP)
Tabla 24 a	Tabla 24 b	CONOCIMIENTO SOBRE LAS CAUSAS DE DIARREAS / en comunidades con promotor (CCP)
Tabla 25 a	Tabla 25 b	CONOCIMIENTO SOBRE LAS CAUSAS DE DIARREAS / en comunidades sin promotor (CSP)
Tabla 26 a	Tabla 26 b	CONOCIMIENTO SOBRE LAS CAUSAS DE DIARREAS / en comunidades con y sin promotor (CCP y CSP)
Tabla 27 a	Tabla 27 b	CALIDAD DEL TRATAMIENTO DE LA FIEBRE / en comunidades con promotor (CCP)
Tabla 28 a	Tabla 28 b	CALIDAD DEL TRATAMIENTO DE LA FIEBRE / 1 en comunidades sin promotor (CSP)
Tabla 29 a	Tabla 29 b	TRATAMIENTO ACEPTABLE DE LA FIEBRE / en comunidades con promotor (CCP)
Tabla 30 a	Tabla 30 b	TRATAMIENTO ACEPTABLE DE LA FIEBRE / en comunidades sin promotor (CSP)
Tabla 31 a	Tabla 31 b	TRATAMIENTO CORRECTO DE LA FIEBRE / en comunidades con promotor (CCP)
Tabla 32 a	Tabla 32 b	TRATAMIENTO CORRECTO DE LA FIEBRE / en comunidades sin promotor (CSP)
Tabla 33 a	Tabla 33 b	TRATAMIENTO ACEPTABLE DE LA FIEBRE / en comunidades con y sin promotor (CCP y CSP)
Tabla 34 a	Tabla 34 b	TRATAMIENTO CORRECTO DE LA FIEBRE / en comunidades con y sin promotor (CCP y CSP)
Tabla 35 a	Tabla 35 b	UTILIZACION DEL SUERO ORAL (SO) SEGUN LA EDAD / estratificado por presencia/ausencia del promotor (CCP / CSP)
Tabla 36 a	Tabla 36 b	UTILIZACION DEL SUERO ORAL (SO) SEGUN EL NIVEL ESCOLAR / estratificado por presencia/ausencia del promotor (CCP / CSP)
Tabla 37 a	Tabla 37 b	UTILIZACION DEL SUERO ORAL (SO) SEGUN EL NUMERO DE HIJOS / estratificado por presencia/ausencia del promotor (CCP / CSP)
Tabla 38 a	Tabla 38 b	CONOCIMIENTO DE MEDIDAS PREVENTIVAS DE DIARREAS SEGUN LA EDAD/ estratificado por presencia/ausencia del promotor (CCP / CSP)
Tabla 39 a	Tabla 39 b	CONOCIMIENTO DE MEDIDAS PREVENTIVAS DE DIARREAS SEGUN EL NIVEL ESCOLAR/ estratificado por presencia/ausencia del promotor (CCP / CSP)
Tabla 40 a	Tabla 40 b	CONOCIMIENTO DE MEDIDAS PREVENTIVAS DE DIARREAS SEGUN EL N° DE HIJOS/ estratificado por presencia/ausencia del promotor (CCP / CSP)
Tabla 41 a	Tabla 41 b	CONOCIMIENTO DE MEDIDAS PREVENTIVAS DE DIARREAS SEGUN LA LETRINIZACION/ estratificado por presencia/ausencia del promotor (CCP / CSP)
Tabla 42 a	Tabla 42 b	CONOCIMIENTO DE CAUSAS DE DIARREAS SEGUN LA EDAD/ estratificado por presencia/ausencia del promotor (CCP / CSP)

Tabla 43 a	Tabla 43 b	CONOCIMIENTO DE CAUSAS DE DIARREAS SEGÚN EL NIVEL ESCOLAR/ estratificado por presencia/ausencia del promotor (CCP / CSP)
Tabla 44 a	Tabla 44 b	CONOCIMIENTO DE CAUSAS DE DIARREAS SEGÚN EL N° DE HIJOS/ estratificado por presencia/ausencia del promotor (CCP/ CSP)
Tabla 45 a	Tabla 45 b	CONOCIMIENTO CAUSAS DE DIARREAS SEGÚN LA LETRINIZACION/ estratificado por presencia/ausencia del promotor (CCP / CSP)
Tabla 46 a	Tabla 46 b	TRATAMIENTO CORRECTO DE LA FIEBRE SEGÚN LA EDAD/ estratificado por presencia/ausencia del promotor (CCP / CSP)
Tabla 47 a	Tabla 47 b	TRATAMIENTO CORRECTO DE LA FIEBRE SEGÚN EL NIVEL ESCOLAR/ estratificado por presencia/ausencia del promotor (CCP / CSP)
Tabla 48 a	Tabla 48 b	TRATAMIENTO CORRECTO DE LA FIEBRE SEGÚN EL N° DE HIJOS/ estratificado por presencia/ausencia del promotor (CCP / CSP)

RESUMEN

La presente investigación está enfocada en el análisis del rol del promotor de salud no gubernamental, como producto del desarrollo histórico de la comunidad a la cual pertenece, en relación con el grado de capacidad resolutiva de problemas de salud alcanzado por la comunidad.

Se seleccionaron seis comunidades en Chalatenango, que cuentan con promotores de salud desde los años de guerra y diez y seis comunidades agrupadas en 3 muestras comunitarias de control, ubicadas en Chalatenango y Morazán, que no poseen este tipo de promotor de salud. El estudio cubrió una población de aproximadamente 20.838 habitantes en comunidades de ambos departamentos y la muestra de estudio correspondió a 1035 mujeres mayores de 15 años, responsables del cuidado de niños menores de cinco años.

El equipo investigador se propuso demostrar que comunidades rurales que cuentan con los servicios de salud, ofrecidos por promotores comunitarios de salud propios de la comunidad, han alcanzado un mayor grado de resolutividad en comparación con comunidades en condiciones similares que no cuentan con este tipo de promotor.

La investigación es de tipo evaluativa con predominio de métodos cualitativos y participativos.

Los resultados obtenidos por la investigación han confirmado que en comunidades rurales que cuentan con la presencia y el trabajo de promotores propios de la comunidad y además poseen un nivel organizativo adecuado, se ha encontrado un alto grado de resolutividad sobre el control de las diarreas y fiebres en la niñez, lo cual ha generado un impacto positivo en el área de la salud, que se refleja en la disminución de la mortalidad infantil en niños y niñas menores de un año.

1. INTRODUCCION

El Salvador carece de un sistema nacional de salud que satisfaga las necesidades sanitarias de la mayoría de los salvadoreños. Las desigualdades existentes antes del conflicto armado en la década de los años 80 continúan presentes, tales como la centralización de los servicios estatales de salud en las áreas urbanas en perjuicio de las rurales y la falta de equidad, accesibilidad y cobertura de estos servicios así como el incremento de la pauperización de las mayorías. Las enfermedades diarreicas, junto a las infecciones respiratorias agudas, siguen constituyendo la principal causa de morbi-mortalidad en la región centroamericana, incluyendo a El Salvador.

Durante los últimos veinte- treinta años, debido a esta crítica situación de salud sobre todo a nivel rural, han venido surgiendo promotores de salud con el propósito de dar respuestas a los problemas de salud a nivel de las comunidades rurales y marginadas. Estos promotores han sido formados y capacitados algunos por el Ministerio de Salud y en mayor número aún por diferentes instituciones no gubernamentales (ONG's)

En este marco es indispensable rescatar las experiencias obtenidas en la guerra recién pasada por un grupo de promotores que surgieron como expresión y producto de la organización comunitaria en las zonas controladas por la guerrilla. Quienes para mejorar el bienestar social de sus comunidades, han hecho énfasis en valores tales como: la solidaridad y fraternidad entre las personas, la coordinación intercomunitaria, la capacidad de autogestión de las comunidades, la cooperación y participación .

Se ha enfocado la presente investigación en la capacidad resolutive alcanzada por las comunidades con relación al rol desempeñado por el promotor de salud.

Para ejecutar la investigación se seleccionaron 22 comunidades ubicadas en los departamentos de Morazán y Chalatenango, ambos departamentos poseen similar caracterización por ser zonas ex – conflictivas, con indicadores socioeconómicos muy bajos. De estas 22 comunidades, 6 fueron seleccionadas como objeto de estudio por sus condiciones históricas específicas y por contar desde los años de guerra con promotores de salud propios de la comunidad.

Para medir la capacidad resolutive se ha decidido evaluar los conocimientos y los hábitos de la población en cuanto al tratamiento de la diarrea y de la fiebre en la niñez. Los resultados obtenidos en las seis comunidades mencionadas fueron comparados con los resultados de las restantes comunidades, que cuentan con ningún o con otro tipo de promotor de salud.

Para tener un conocimiento de la realidad comunitaria tal como la población misma la percibe, se ha efectuado una investigación con características predominantemente cualitativas y participativas evaluando la información obtenida durante el año 1998.

El equipo investigador considera de vital importancia no sólo ofrecer nuevos aportes al debate general sobre la Atención Primaria en Salud y la función de los promotores de salud, sino que contribuir en la búsqueda específica de los elementos necesarios para cambiar la cultura en el ámbito de la salud comunitaria.

2-ANTECEDENTES

El Salvador, es el país más pequeño del Continente Americano, con una extensión de 21.000 km² en la cual habitan 6.031.300 habitantes con una densidad poblacional de 287 habitantes por km² (1). Su estructura demográfica presenta una pirámide de base ancha en donde la población menor de 15 años es el 46 % del total.

En la década de los años 70 se presenta una crisis social, política y económica, agudizándose en los años 80, dando como resultado un poderoso y creciente movimiento popular que implemento diferentes formas de lucha, incluida la armada para reivindicar sus derechos básicos y generar una serie de cambios políticos, económicos, sociales y militares.

Frente a la mala calidad y deficiencias de los servicios de salud prestados por el Estado, agravado por un aislamiento y estrangulamiento de amplias zonas geográficas que se encontraban bajo la influencia politico-militar del movimiento guerrillero salvadoreño surgieron nuevas formas de organización y participación comunitaria.

Dos de estos escenarios han sido las comunidades rurales del nor-orienté del departamento de Chalatenango y nor-poniente de Morazán, en donde se ha realizado la presente investigación. Aspectos históricos, sociales y culturales de estas comunidades están contemplados en el marco referencial.

El actual Sistema Nacional de Salud se caracteriza principalmente por su fragmentación, descoordinación y atomización repercutiendo en la poca eficacia,

efectividad y eficiencia en los servicios de salud que ofrece a la población. El modelo actual de atención es inequitativo, altamente curativo, con bajas coberturas reales, con problemas a nivel de accesibilidad y con fallas a nivel de la gestión de los servicios de salud.

El perfil epidemiológico salvadoreño, aún a sabiendas del sub-registro que adolecen las estadísticas (25 % en algunos casos) muestra altas tasas de mortalidad y de morbilidad, pertenecientes a un país subdesarrollado, con predominio de enfermedades de la pobreza y el surgimiento de nuevas enfermedades producto de las condiciones sociales y económicas. Esta problemática presenta mayores dimensiones en el área rural.

La mortalidad infantil ha evolucionado favorablemente en los últimos 20 años, ya que de 60 por 1000 nacidos vivos en 1977 ha disminuido a 35 por 1000 en 1998. Esta tasa varía de 27 en el área urbana a 41 en el área rural (2). Sin embargo la mayoría de estas muertes podrían haberse evitado si la población tuviese acceso a empleo bien remunerado, vivienda digna, educación sanitaria y facilidades para acceder a servicios de calidad. Es de reconocer que gran parte de la reducción de la mortalidad infantil se debe a la labor que desarrollan los promotores de salud, parteras y ONG,s en zonas rurales del país.

En relación a la salud comunitaria, en 1950 se realizan los primeros esfuerzos por el Ministerio de Salud Pública, con la formación de los primeros promotores, denominados agentes comunitarios. En 1975 habían logrado adiestrar a 15 promotores, luego en 1976 alcanzan una cifra de 30, pasándose a llamar ayudantes rurales de salud (ARS).

En la década de los años 80, producto del conflicto militar el MSPAS clausuró muchos establecimientos de salud ubicados en las zonas conflictivas, dejando amplias

zonas geográficas en total abandono.

En 1989 se organiza el Departamento de Salud Comunitaria a nivel del MSPAS, lamentablemente esta instancia fue disuelta y cerrada por las anteriores autoridades ministeriales, indicando la poca importancia que se le dio a la salud comunitaria a nivel de la gestión ministerial.

Para 1995, el MSPAS contaba con 1438 promotores de salud comunitaria, según un estudio realizado por USAID (3). El nombre de los promotores cambió, sin embargo sus funciones no han cambiado. Ellos siguen siendo asistentes rurales para el Ministerio. Según la anterior investigación, existen en El Salvador otras instancias que se dedican a trabajar a nivel de la salud comunitaria, entre ellas tenemos, la Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS), el Proyecto de Atención Materno Infantil (PROSAMI) el cual se inició en 1990, finalizando en 1998 a través de una red de 34 ONG con presencia a nivel nacional, así como otras ONG vinculadas a las diferentes iglesias.

A pesar de un apreciable crecimiento del número de ONG que trabajan en salud, en los últimos años, sobre todo después de finalizado el conflicto militar, no se ha diseñado e implementado un buen sistema de información periódica sobre la gestión efectiva de los promotores de salud comunitaria (PSC). Se han realizado varias investigaciones aportando algunas apreciaciones sobre los PSC, entre estas tenemos: "El Estudio sobre las Instituciones Privadas sin Fines de Lucro que Prestan Servicios de Salud 1990" que incluyó a 75 ONG.

En una investigación realizada en 1995 (4) menciona que de 300 ONG que fueron identificadas en Mayo 1995, 170 ONG prestaron servicios de salud. Según este informe se identificaron 80 instituciones que trabajan con promotores, sumando un total de 5365 PSC, de los cuales 1438 pertenecen al MSPAS, y el resto distribuidos entre

ADS, PROSAMI (red de 34 ONG) CISI, CAPS, CARITAS y otras ONG. Del total de PCS, 3567 se encontraban en la categoría de asalariados, mientras que el resto trabajaban como voluntarios o recibiendo pequeños estímulos de parte de las instituciones o la comunidad.

Mientras tanto en el contexto de la guerra civil salvadoreña, surgió un sistema alternativo de salud apoyándose en estructuras comunitarias autogestionarias. Este sistema se caracterizó por el énfasis en la formación de los brigadistas o promotores de salud bajo nuevos conceptos y paradigmas. La historia y papel de estos promotores (as) se detalla ampliamente en el marco referencial de la presente investigación.

3. JUSTIFICACIÓN

- 3.1. En el actual Sistema Nacional de Salud de El Salvador no se da la importancia que merece al primer nivel de atención como base fundamental de un Sistema de Salud. La presente investigación quiere contribuir al debate sobre la APS enfocándose en las necesidades y posibilidades del trabajo de promotores comunitarios de salud a nivel del sistema nacional sanitario.
- 3.2. La presente investigación desea colaborar al debate sobre la Atención Primaria de Salud y al cambio de cultura a nivel de salud comunitaria. Este cambio no sólo tienen relevancia en nuestro país, sino que sigue siendo discutido a nivel internacional y puede verse expresada en una amplia literatura.
- 3.3. Desde los años 50 se han venido formando promotores de salud como asistentes rurales en El Salvador. En el contexto del pasado conflicto militar se vivieron nuevas experiencias con promotores de salud como expresión de la organización popular. No existe ninguna investigación sobre el impacto del trabajo de promotores en El Salvador. El equipo investigador desea dar inicio con este estudio a la evaluación del impacto del trabajo de promotores en relación con su perfil y específicamente con su inserción en la organización comunitaria.

- 3.4. Una evaluación positiva podría contribuir al debate sobre la salud en El Salvador propiciando:
- a) Que se reconozca y fortalezca un modelo de atención integral en salud con el enfoque denominado por Rifkin *Community-Development-Approach* .
 - b) Que se rescaten y revaliden las experiencias comunitarias y recursos humanos para el proceso de cambios en el sector salud.
 - c) Que se revisen los modelos de formación de promotores enmarcándose en el contexto real de condiciones sociales, económicas y políticas de El Salvador.

4. OBJETIVOS

4.1- OBJETIVO GENERAL:

Identificar la capacidad resolutive de comunidades rurales de Chalatenango que poseen promotores de salud producto de un proceso histórico particular, en comparación con comunidades que no cuentan con este tipo de promotor en Chalatenango y Morazán, El Salvador, 1998.

4.2- OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- 4.2.1- Conocer los hábitos de las mujeres con relación al control de las diarreas en los niños en comunidades con promotor y comunidades sin promotor de Chalatenango.
- 4.2.2- Identificar el conocimiento de las medidas preventivas y de las causas de la diarrea en comunidades con promotor y comunidades sin promotor de Chalatenango.
- 4.2.3 - Conocer las prácticas sobre el control de las fiebres en los niños en comunidades con promotor y comunidades sin promotor de Chalatenango
- 4.2.4- Comparar la mortalidad infantil durante 1997 en comunidades con promotor y sin promotor de Chalatenango.
- 4.2.5- Evaluar y comparar la capacidad resolutive en las comunidades muestrales de ambos departamentos.
- 4.2.6- Describir los elementos del perfil del promotor comunitario que puedan incidir en la capacidad resolutive de las comunidades.

5. MARCO REFERENCIAL

5.1. ASPECTOS CONCEPTUALES.

5.1.1. APS. ✓

Ya que la presente investigación está dirigida a conocer el nivel de la capacidad resolutive alcanzada por las comunidades rurales a través del trabajo ejecutado por los promotores de salud no gubernamentales, nos referiremos a los principios fundamentales que surgieron en la declaración de Alma Ata, efectuada en 1978. En ella se establecía que para cumplir con la política denominada *Salud para todos en el año 2000* era necesaria una estrategia específica, distinta a la utilizada hasta entonces. Esta nueva estrategia se definió como *Atención Primaria en Salud (APS)*, retomando experiencias ya existentes basadas en programas de salud comunitaria de países como China y otros del tercer mundo(1) (2).

Según Alvarez (3), existen principios básicos concernientes a la equidad y a la participación comunitaria que actúan como ejes fundamentales para los procesos de cambios en salud.

La Declaración de Alma Ata señala que “ *La atención primaria en salud es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias*

de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación.” (4)

Al revisar los elementos mencionados en la declaración de Alma Ata, se encuentran en la literatura de Atención Primaria en Salud los siguientes conceptos fundamentales, a ser tomados en cuenta para la presente investigación.

5.1.2. COMUNIDAD

Desde el siglo pasado se han realizado muchos esfuerzos para poder definir el término *comunidad* (5), reflejados en una amplia literatura sociológica (6). En los debates de salud pública sobre la APS y sobre la participación comunitaria, generalmente no se han retomado estos esfuerzos, dejando lugar a múltiples y no claramente definidas interpretaciones acerca de *la comunidad*, que han sido utilizadas de acuerdo al momento histórico y los intereses de diferentes sectores.

Sin embargo, en general en la literatura de salud pública se habla de comunidades definidas sólo como un espacio geográfico, dejando a un lado la problemática de intereses comunes que pueden o no ser representados dentro de estas agrupaciones de personas. En la literatura se encuentran informaciones que demuestran que cuanto más homogénea es una comunidad, más probable es su participación en la resolución de sus problemas de salud.(7)

5.1.3. PROMOTOR DE SALUD

Otro factor fundamental en la salud comunitaria son los promotores de salud,

que siguiendo la experiencia histórica de los *médicos descalzos*, en la República Popular China (9) representaban un elemento importante dentro del concepto de la participación comunitaria en salud. Los promotores de salud, al ser miembros de comunidades desfavorecidas -sobre todo rurales- funcionan como enlace entre los técnicos y la comunidad, manteniéndose identificados con los intereses y las características propias de las comunidades. De esta manera los promotores pueden garantizar la aplicación de conocimientos técnicos en el marco de la cultura y de las condiciones específicas de su comunidad, de tal manera que es la comunidad la que, poco a poco, se va apropiando de los conocimientos técnicos, usándolos según sus necesidades prioritarias y según sus propios criterios, y no en función de los criterios de los técnicos/expertos.

El promotor de salud ha sido teóricamente definido como aquel que promueve y a la vez es producto de la participación comunitaria (10). En la práctica, han sido caracterizados como personas procedentes de la comunidad, elegidas a través de procedimientos establecidos y entrenadas para desarrollar ciertas actividades específicas, generalmente de un nivel bajo de complejidad técnica y que por lo general no poseen un rango en el aparato institucional de la salud, aun cuando a veces algunos reciban salario u otro tipo de compensación económica de alguna fuente.

Sin embargo, es en este primer sentido en el que la capacidad resolutive de una comunidad puede depender en gran escala de la existencia y las actividades realizadas por un promotor comunitario de salud.

El promotor actúa en el seno de la comunidad; sus funciones generales son educativas, asistenciales, preventivas, organizativas y de información (11).

El promotor de salud deberá jugar un papel fundamental en la superación de las

barreras que existen entre la comunidad y el Sistema Nacional de Salud para lograr entre otros aspectos la organización y participación de la comunidad. Se puede convertir en un instrumento idóneo que promueva el intercambio entre el saber técnico y el popular en salud, que conozca mejor los múltiples actores y poderes de su comunidad, que respete la cultura local y que fomente la autoresponsabilidad y autogestión en salud y bienestar.

En este contexto y según Alvarez Alva (12) la participación social se refiere a aquellos procesos a través de los cuales los grupos (incluidos los de la comunidad), las organizaciones, las instituciones, intervienen en la identificación de la problemática de salud u otros problemas afines y se unen en una alianza para diseñar, probar y poner en práctica las soluciones. Este proceso conlleva una movilización social que es necesaria para obtener la participación de la comunidad, no limitándose a la población directamente receptora de los servicios de salud, sino incorporando de forma activa a todos los sectores de la sociedad.

5.1.4. PARTICIPACION SOCIAL

Durante las décadas de los años 70 y 80 se dieron en El Salvador expresiones populares nunca antes vistas de participación social a diferentes niveles, creando una fuerza de cambio y generando una nueva experiencia en el ámbito de la organización y participación comunitaria.

Por lo tanto, la participación social constituye un proceso social y democrático de construcción y reconstrucción de la realidad; este proceso es continuo y permanente, realizado por un conjunto social que comparte vivencias, intereses y pautas culturales que le dan identidad y sentido de pertenencia, promoviendo comportamientos y acciones

comunes para enfrentar los hechos y sucesos que se les presentan, con el objetivo de transformarlos.

Según Kroeger y Luna (13), para lograr la participación comunitaria se requieren cambios fundamentales de las relaciones entre la comunidad y la institución prestadora de los servicios. La comunidad y los individuos deben dejar de ser objeto de atención y convertirse en actores que conocen, participen y tomen decisiones sobre su propia salud.

Según Rifkin (14), se pueden diferenciar tres conceptos sobre la participación comunitaria:

a- *Medical Approach*, en el cual se transmiten a la comunidad una serie de proyectos y decisiones en las que ésta no ha tomado parte activa.

b- *Planners –Approach*, cuando se obtiene el apoyo activo de una comunidad para la ejecución de las acciones.

Estos dos conceptos se pueden resumir en un paradigma denominado “*de arriba hacia abajo*”. Es el más frecuente y el más cómodo. Muchos investigadores opinan que aquí radica el fracaso en la efectividad de muchas de las acciones sanitarias. ✓

c- *Comunity-developmente-Approach*. La comunidad por sí misma define las prioridades, planifica y ejecuta una serie de acciones. Los técnicos externos a la comunidad son asesores y acompañan el proceso comunitario. Este enfoque obedece al paradigma “*de abajo hacia arriba*”. Rifkin menciona que cuando la participación real llega a tener éxito, esta provoca conflictos entre la comunidad y las autoridades oficiales. Este ha sido el caso con la implementación de este enfoque en varios países,

incluyendo el esfuerzo de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) en El Salvador.

d- En 1995 Rifkin (15) propone un nuevo enfoque que combine los dos enfoques anteriores, con el objetivo de aprender más sobre el proceso de participación comunitaria, que está estrechamente ligado a la realidad social, política y económica de la comunidad en el contexto nacional de un país.

5.1.5. DESCENTRALIZACIÓN

Una de las estrategias propuestas recientemente para implementar la participación comunitaria es la descentralización, que según Leonel Arguello (16) es la negación de la centralización, del autoritarismo y del caudillismo, es la manera de traspasar el poder a las localidades o en otras palabras asegurar la toma de decisiones a nivel local. Actualmente, con los procesos de reforma del Estado, en los cuales se está llevando a cabo la reducción de su tamaño e influencia, la descentralización es una de las condiciones que los organismos de la banca internacional exigen sin ninguna discusión.

No se trata únicamente de trasladar los problemas y la responsabilidad de su solución a las comunidades, sino de trasladar los conocimientos y técnicas para que la población pueda participar en la toma de decisiones y en la coordinación con los trabajadores de salud.

En muchos países de la región incluyendo a El Salvador, el concepto de descentralización se ha estado manejando de acuerdo a los intereses políticos y presiones de organismos financieros, con una clara intención de trasladar la

responsabilidad social a la comunidad sin la definición de políticas estatales que apoyen este proceso, obedeciendo más a las medidas de reajuste estructural que a impulsar un verdadero proceso de cambios. Uno de estos esfuerzos ha sido la implementación de los Sistemas Locales de Salud (SILOS); en la medida en que estos sistemas se han ido consolidando a través de la participación intersectorial y el traslado del poder de decisión a la población, han ido surgiendo en varios países enfrentamientos con la parte oficial u gubernamental, provocando una desnaturalización del concepto original, tal y como ha sucedido en nuestro país.

Ugalde y Jackson (17) sostienen en su artículo "Las políticas de Salud del Banco Mundial, una Revisión crítica" que la descentralización tal como la proponen los organismos internacionales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, ha mostrado ser una medida que aumenta el control central, mas que implementar principios democráticos o responder a las presiones políticas de abajo. Reconocen que la descentralización es un proceso complejo y que no puede ser recomendado tal como lo ha hecho el Banco Mundial sin tener en cuenta las realidades históricas, políticas, sociales y geográficas de cada país. Concluyen que, las recomendaciones del Banco Mundial están contribuyendo al mayor empobrecimiento de los países.

5.1.6. EQUIDAD

En contraste con los conceptos anteriores de salud centrados en aspectos biologicistas, de la declaración de Alma Ata han surgido nuevos aspectos que se encuentran en la búsqueda de una mayor equidad social como base para alcanzar "*Salud Para Todos*", ésta ha sido interpretado en los años 80 por las agencias internacionales como UNICEF u OMS como una redistribución del poder real y de los recursos. Para lograr este objetivo se recurre a la participación social, la cual se quiere implementar no

como un nuevo programa, sino como elemento permanente en todo el accionar social. De este modo, en 1985 Oakley (18) afirmaba que la participación no solo es un método para lograr mayor equidad, sino al mismo tiempo un objetivo a alcanzar.

La participación se declaraba como parte fundamental de los derechos humanos, considerando al ser humano como un ente social que para poder gozar de plena salud necesita poder intervenir en los aspectos vitales de su entorno y de sus condiciones de vida.

5.1.7. OBSTACULOS EN LA REALIZACION DE ESTOS CONCEPTOS.

a) APS como "Ilusión"

La declaración de Alma Ata fue firmada por todos los gobiernos miembros de la OMS en 1978, entre los cuales se encontraban representantes de todo el espectro de sistemas políticos, desde países socialistas hasta dictaduras militares de extrema derecha. Esta gran unidad en el apoyo a un concepto supuestamente "revolucionario" no se ha reflejado en una puesta en práctica homogénea y generalizada. Mientras que algunos lo han implementado a nivel nacional o estatal (China, Nicaragua, Zimbabwe, entre otros) la mayoría de los países se han dedicado a establecer sólo algunas partes del concepto, generalmente mas en el afán de cumplir con las condiciones impuestas por las agencias financieras internacionales, que por convencimiento de los diferentes Ministerios de Salud.

En los esfuerzos por poner en practica la declaración de Alma Ata han intervenido fuertemente en todos los países los intereses políticos y económicos de los sectores poderosos. Se ha demostrado que sin una decisión y voluntad política de los gobiernos en favor de la equidad social y de la participación comunitaria a todos lo

niveles y en todos los aspectos de la vida nacional, es imposible realizar la APS en su sentido original y complejo. Rifkin, Asthana (19) (20).

b) "APS selectiva".

En consecuencia, las agencias internacionales -comenzando con el Banco Mundial y el Banco Interamericano para el Desarrollo, seguidos por UNICEF y otros (21, 22)- llegaron a la conclusión de que la declaración de Alma Ata representaba una utopía, interpretándolo como una ilusión inalcanzable. Por eso empezaron a modificar los conceptos y principios originales para llegar a proclamar la SPHC (*Selective Primary Health Care* = APS selectiva) como única aplicación viable y realista de los principios de Alma Ata.

La SPHC se caracteriza por la definición de "*grupos de riesgo*" y la aplicación del enfoque de riesgo, que pretende mejorar los servicios de salud estableciendo prioridades en función de las necesidades de atención a grupos específicos; estas necesidades se estiman en función de la mayor o menor vulnerabilidad de ciertos grupos poblacionales (23). Este enfoque es criticado por no considerar las causas socioeconómicas que han llevado a este grupo social a tal estado de riesgo. En los diferentes programas se habla por ejemplo del grupo *materno-infantil*, de los menores de cinco años o de la mortalidad infantil -sólo por mencionar algunos grupos de riesgo e indicadores para medir el impacto-, como si su vulnerabilidad, su alto índice de morbilidad o mortalidad reflejara un hecho natural y no el resultado de un proceso político, social y económico, caracterizado por prevalecer la desigualdad social y la iniquidad de los recursos. ✓

c) APS y las ONG's

Desde los años 90 predomina este enfoque de SPHC en la gran mayoría de los países pobres, incluyendo a El Salvador, lo cual lleva a un gran número de ONGs a ejecutar acciones sanitarias como programas materno-infantiles (PROSAMI), de agua y saneamiento, de prevención de SIDA, etc., generalmente con fondos de AID o UNICEF. Muchas ONGs que habían realizado su trabajo en El Salvador durante y después del conflicto armado y con un fuerte compromiso de apoyar el movimiento popular en las zonas ex-conflictivas, finalmente no han logrado mantener sus posiciones originales de autogestión, integralidad e independencia, sino que se han doblegado frente a la presión del mercado internacional de proyectos y las prescripciones del Banco Mundial y de otras entidades financieras multilaterales.

En 1999 no se pueden encontrar grandes diferencias entre el accionar de las ONGs identificadas con posiciones de *izquierda* en el contexto económico y social, con aquellas que desde años atrás han sido financiadas y apoyadas por la AID u otras agencias financieras que comparten esa misma ideología y se identifican con un modelo de desarrollo social y económico.

En el marco de estos programas y proyectos de la APS selectiva también se habla de *participación comunitaria* (ver Publicaciones de PROSAMI), la cual es exigida a las comunidades como requisito para la implementación de los proyectos; se capacita así a promotores de salud, siendo uno de los objetivos fundamentales el cambio de actitudes de la población a través de estos promotores, que han de funcionar como transmisores de los conocimientos que han sido declarados por los técnicos como útiles o indispensables para el bienestar sanitario de la comunidad.

d) APS selectiva y "empowerment."

La participación de la comunidad como tal ya no es entonces el objetivo fundamental de la intervención, como tampoco lo es el *empowerment* ; no se persigue lograr una autonomía creciente de las comunidades para la toma de decisiones en cuanto a los aspectos prioritarios y vitales. El objetivo son mejoras medibles a través de los indicadores cuantitativos de salud y no los cualitativos que reflejen los cambios de actitud de la población. (24) plantean que la utilización de este tipo de indicadores puede condicionar a priorizar determinados programas, reduciendo el concepto global de APS a una suma pragmática de programas verticales seleccionados en función de la mayor probabilidad de resultados a corto plazo y de su menor costo.

e) Mejores indicadores sin cambios estructurales

Un planteamiento restringido como éste puede llevar fácilmente a olvidar los principios esenciales subyacentes en el concepto inicial de la APS, ignorando la existencia de muchos factores que dificultan este proceso, descritos ampliamente en la literatura. En ella se insiste en que mientras no se garantice una nutrición suficiente, vivienda digna, empleo, tierra, medios de comunicación adecuados, educación, acceso a agua potable etc., aun en una población muy disciplinada en cuanto a las medidas sanitarias, no se logrará un mejor estado de salud, como por ejemplo el programa GOBI (lactancia materna, inmunizaciones, terapia de rehidratación oral, control de crecimiento de niños) de UNICEF 1983. (25) ✓

f) Promotores de salud.

Por otro lado el papel del promotor de salud se ha reducido en muchos casos a una transmisión de conocimientos técnicos. Esto lleva generalmente a un

distanciamiento del promotor con respecto a la comunidad, prevaleciendo su identificación con la institución que le ha capacitado - y normalmente también pagado - y la búsqueda de mejores perspectivas laborales y económicas fuera de su comunidad.

g) APS integral y APS selectiva.

Tomando en cuenta los logros no convincentes de la SPHC (*APS selectiva*) e insistiendo en la necesidad de una mayor equidad social como requisito básico para lograr mayor salud para todos, los defensores de la CPHC (*APS integral*) opinan que las dificultades encontradas para realizar la CPHC son consecuencia de la fuerza de sus adversarios políticos-económicos, y no el resultado de las debilidades del concepto.

h) Participación contra pobreza.

Partiendo de que la pobreza no es un fenómeno natural, sino eminentemente social, construido y permitido por la sociedad, muchos autores como Werner y Sanders (26) insisten en una participación de la población como objetivo y como garantía para llegar a una mayor equidad y a verdaderos cambios culturales.

Retomando la propuesta de Rifkin de combinar los conceptos de CPHC y SPHC, el presente trabajo de investigación se realizó en comunidades en donde se están aplicando los dos enfoques, para medir la capacidad resolutiva alcanzada en comunidades con una experiencia histórica basada en el enfoque de *abajo hacia arriba*, o de APS integral.

Estas mismas comunidades se encuentran actualmente dentro del Sistema

Nacional de Salud de El Salvador, que se rige básicamente por el enfoque de APS selectiva (*de arriba hacia abajo*), cuando logran brindar los servicios de salud.

h) Capacidad Resolutiva.

La capacidad resolutiva de una comunidad para controlar y prevenir las enfermedades depende de la participación del individuo, de la familia y de la comunidad en el proceso de decisión sobre las prioridades - toma de decisiones - planificación y ejecución de estrategias. En la medida en que la comunidad tenga los instrumentos para percibir el riesgo de salud y disponga de los recursos para combatirlos, podrá adquirir la capacidad para resolver los problemas de salud más apremiantes.

Esta capacidad resolutiva es un proceso por medio del cual la comunidad adquiere nuevos conocimientos, aptitudes y prácticas que le permiten resolver sus problemas. Por ello para analizar esta capacidad adquirida se decidió estudiar la conducta asumida por la población con respecto a las enfermedades diarreicas y al síntoma fiebre alta, ya que al ser estos dos de los padecimientos más comunes y persistentes en la población, nos permiten indagar sobre la adquisición de nuevos conocimientos. ✓

Para medir esta capacidad resolutiva en el ámbito de la comunidad se ha estudiado el grado de asimilación acerca de las causas y tratamiento de los problemas definidos como trazadores por parte de la población, considerando el Método de Trazador (27).

5.2. ASPECTOS REFERENCIALES

En el contexto de la guerra civil que vivió El Salvador, surgió un sistema alternativo de salud en el contexto del desarrollo de estructuras comunitarias auto-gestionarias. Este sistema de salud se caracterizó por poner su énfasis en la formación de las sanitarias y / o promotores con características especiales.

Para la ejecución de la presente investigación se seleccionaron comunidades con promotores de la región de Chalatenango que fue una importante zona controlada por la guerrilla durante el pasado conflicto armado. De la otra importante zona ex conflictiva que esta ubicada en Morazán, se eligieron comunidades con promotores de salud con otro perfil para el estudio de control.

2.1. HISTORIA DE SALUD COMUNITARIA EN CHALATENANGO

A. Movimiento social de las comunidades del nor-oriente de Chalatenango.

El desarrollo del sistema de salud popular de la zona nor oriental del departamento de Chalatenango surge en medio de la guerra civil, durante los años 80's. Pero sus raíces se deben buscar en el proceso de concientización y organización de las masas campesinas que se inició en los en los años 60 y fue desarrollándose en los 70's.

LA DÉCADA DE LOS AÑOS 70

Durante los años '70 Chalatenango, especialmente la zona oriental del departamento, se convirtió en uno de los principales focos de organización social como respuesta y protesta a la marginación, exclusión y aplastamiento (28) de los pobres, especialmente de los pequeños campesinos. En muy pocos años y con muy escasos recursos se constituyeron organizaciones campesinas como la Unión de Trabajadores del Campo (UTC) y la Federación Cristiana de Campesinos Salvadoreños (FECCAS) que formaron la Federación de Trabajadores del Campo (FTC) (29); estos movimientos campesinos estaban inspirados por el desarrollo de los principios de la Teología de Liberación. A la protesta se unieron los estudiantes de secundaria agrupados en el Movimiento Estudiantil Revolucionario de Secundaria (MERS) y los maestros del movimiento ANDES 21 de Junio. Las cuatro organizaciones mencionadas formaron parte del Bloque Popular Revolucionario (BPR). El BPR junto a otras agrupaciones Las Ligas Populares 28 de febrero (LP-28), Las Ligas para la Liberación (LL) y el FAPU experimentaron un proceso de radicalización y contribuyeron a la caída de la dictadura militar del Coronel Romero en 1979 y a la insurrección armada en enero de 1981.

La promotora Esperanza (44 años) de Arcatao cuenta sobre sus primeros pasos en su organización (30)

Yo me fui solidarizando con la lucha a través de las charlas que aquí venía a recibir al convento a través del evangelio.....Entonces por eso veíamos la necesidad de ir cambiando, de ir viendo como disminuir la injusticiaLos primeros años, yo celebraba en la zona, celebré como algunos tres años. Yo aquí empecé viniendo en el 77.....

Las organizaciones de base luchaban por lograr satisfacer las necesidades básicas de la población como tierra, salud y educación, y por su participación política. Antes de la guerra, el 65% de los productores del nor oriente del departamento de Chalatenango eran campesinos sin tierra, arrendatarios de terrenos (1.5 a 1.5 Mzs.) que tenían que pagar bien en efectivo, con cosecha o con trabajo. (31)

Amado (44 años), agricultor de Las Flores, relata sobre su trabajo como jornalero: (32)

...nosotros trabajábamos los seis meses del invierno para sembrar el maíz, los frijoles y maicillo, así, pero que también los meses de verano vendíamos nuestra fuerza de trabajo en los cafetales, en los cañales, en los algodones. Los salarios eran sumamente baratos. Si íbamos a los cortes de café, solamente nos pagaban la arroba a treinta centavos. Y eso no satisfacía las necesidades de nuestras familias.

La desigualdad social, la corrupción del aparato del estado y una violenta represión, que sufrieron en especial los campesinos de Chalatenango, generaron un amplio movimiento popular cuyos bastiones mas fuertes estuvieron localizados en este departamento.

PERIODO 1981 - 1985

Estos años se caracterizaron por una creciente violencia política y una represión indiscriminada (33), como la manifestada en la masacre del río Sumpul de 1980, cuando mas de 600 campesinos fueron asesinados por el ejercito gubernamental. Después del levantamiento popular en enero de 1981, grandes contingentes de población que constituían la base de la fuerza guerrillera FMLN (Frente Farabundo Martí de Liberación Nacional) del oriente de Chalatenango fueron ilegitimados y tuvieron que amontañarse.

En todas las cabeceras municipales (con excepción de Los Ranchos) se establecieron puestos militares y cuerpos de defensa civil organizados por el ejército. No solamente se paralizó en gran parte la producción de granos básicos, sino que la represión gubernamental provocó además el desplazamiento de poblaciones enteras de la zona. La gente huía para refugiarse en otros lugares tanto dentro como fuera del país. El flujo de pobladores de la zona de Chalatenango tuvo tres rumbos principales: Una parte de la población organizada permaneció como "masa clandestina" en la zona, en caseríos y cantones desde los municipios de Arcatao hasta Tejutla y San Francisco Morazán. Otra parte buscó refugio en Honduras, primero en el campamento de refugiados de La Virtud y posteriormente en el de Mesa Grande. La tercera fracción se desplazó hacia otros departamentos como San Salvador, la Libertad y Sonsonate.

A finales de 1982 el ejército guerrillero comenzó a hostigar los puestos militares y de la defensa civil. En 1983 se logró desalojar a las fuerzas gubernamentales de 30 de los 33 municipios del departamento. (*Anexo A Mapa 2*) (34)

El mapa tomado de la FUNDE (diagnóstico preliminar del departamento de Chalatenango) presenta las zonas bajo el control del FMLN y bajo el control de las FAES, la zona en disputa y la zona sin ningún interés para ambos. La región nor oriental del departamento se convirtió en zona controlada por el FMLN. La vida de la población en las comunidades ubicadas en las zonas conflictivas experimentó cambios substanciales.

La inestabilidad que reinaba en la zona a final de los años 70's había provocado la huida de los funcionarios estatales, de modo que a principios de los años '80 habían desaparecido todas las estructuras gubernamentales y ministeriales. La experiencia organizativa adquirida en las cooperativas, manifestaciones y organizaciones de base de los años '70, sirvió a los campesinos del nor oriente de Chalatenango para encontrar los

mecanismos con que cubrir las necesidades originadas por el abandono de los puestos oficiales. Se constituyeron entonces autogobiernos para resolver los problemas vitales y cubrir las necesidades cotidianas.

Las masas clandestinas de pobladores que habían tenido que huir de sus comunidades y refugiarse en montes y caseríos lejanos, formaron grupos entre 50 y 80 personas que se movilizaron en la zona para sobrevivir; estos grupos eligieron su propio organismo de dirección: los Poderes Populares Locales. El organismo coordinador de los siete PPL de nor oriente del departamento era el Poder Popular Regional, que coordinaba las estrategias y acciones importantes con el mando político-militar de la guerrilla de la zona.(35)

En las condiciones de una guerra, los PPL lógicamente tuvieron que desarrollar una gran creatividad y autonomía en sus acciones de sobrevivencia y en los diferentes aspectos de la vida de su base.(36):

Lo que hacíamos era coordinar la autodefensa de la gente, como íbamos a salir, cuando venía un operativo, cuales eran los mecanismos de coordinación entre un cantón y otro, como íbamos a impulsar la producción colectiva; eso era lo que planteaba el Poder Popular, cómo íbamos a hacer con la salud y la educación,....

PERIODO 1986 - 1991

A partir de 1986 tanto las masas clandestinas como los refugiados y desplazados iniciaron el proceso de retorno y repoblación de los lugares previamente abandonados.

La organización sucesora de los poderes populares fue el Comité Coordinador de Comunidades y Repoblaciones de Chalatenango (CCR), que se fundó el 17 de junio de 1987 con el objetivo principal de promover el retorno a El Salvador de los refugiados en el exterior. Los primeros lugares repoblados fueron seis comunidades: Las Flores, Arcatao, Guarjila, Guancora (que posteriormente, debido a una masacre causada por un bombardeo indiscriminado, adoptó el nombre del mártir Ignacio Ellacuría), Guarjila, Las Vueltas y Los Ranchos. En el transcurso de los años se fueron consolidando nuevas repoblaciones y asentamientos hasta alcanzar actualmente 55 comunidades divididas en 7 regiones geográficas.

PERIODO DE POSTGUERRA.

EL 16 de enero de 1992 se firmaron los Acuerdos de Paz y el enfrentamiento militar llegó a su fin. El departamento se abrió entonces a una nueva situación que, aunque ligada a su pasado más inmediato de situación de guerra, establece una nueva dinámica en la población. La organización social CCR; que cambió su nombre a Coordinadora de Comunidades Rurales en Desarrollo (manteniendo las siglas CCR), asumió el objetivo principal de promover la organización comunitaria para satisfacer las necesidades básicas del área rural, tales como tierra, créditos, vivienda, salud y educación.

Desde entonces el Órgano Ejecutivo de la CCR está compuesto por 7 referentes de Área (responsables cada uno de un área específica: salud, educación, producción, mujeres, jóvenes, tierra y finanzas) y 7 Referentes Regionales (uno por cada región geográfica de la CCR). Cada una de las comunidades de la CCR tiene una Directiva Comunal; los presidentes de estas directivas se reúnen mensualmente.

La Asamblea General de las directivas, que es el organismo máximo del gremio, elige a todos los miembros del Ejecutivo por un período de 2 años.

El llamado Plan de Reconstrucción Nacional impulsado por el gobierno no prestó el apoyo esperado tanto por falta de voluntad política como por falta de capacidad ejecutiva gubernamental; esto hizo que el factor determinante para la reconstrucción de la vida en las comunidades fuera la iniciativa de la propia población.

Uno de los acuerdos más importante de la negociación entre el gobierno y el FMLN fue el relativo a la cuestión de la tenencia de la tierra, ya que la desigualdad existente en la posesión de la tierra fue una de las causas principales de la guerra. El Plan de Transferencia de Tierras (PTT) se encontró con serios obstáculos en la región nor oriental del departamento, porque el marco institucional no facilitó el proceso de certificación de las transferencias. Dos años después de la firma de los acuerdos, de las 3775 personas verificadas como solicitantes y tenedores, solo 512 fueron beneficiados por la transferencia. La inseguridad económica y la desilusión política pasaron a ser los frenos principales del desarrollo social en las comunidades de la zona ex conflictiva.

B. El sistema de Salud Popular.

El sistema de salud popular se desarrolló como parte del movimiento social y dentro de la estrategia de sobrevivencia creada por la propia población.

Considerando los desplazamientos poblacionales y las distintas fases de la guerra, se pueden diferenciar en Chalatenango varias etapas en el desarrollo del sistema popular de salud como alternativa al sistema nacional de salud:

I. Salud popular móvil y clandestina

En la zona controlada por el FMLN se desarrollaron paralelamente dos vertientes principales de la salud popular móvil y clandestina (un proceso similar al observado con la educación popular en Chalatenango,⁽³⁷⁾

- El desarrollo en el interior de la guerrilla: la SANIDAD MILITAR, que formó parte de la estructura político-militar de la guerrilla.
- El desarrollo en el interior de las "masas populares nómadas": la MEDICINA POPULAR, que formó parte de la estructura de los Poderes Populares.

La sanidad militar y la medicina popular surgieron para cubrir las urgentes necesidades de sobrevivencia. Las dos sistemas tenían sus propias características y estructuras, pero estaban basados en los mismos principios y, dadas las necesidades y carencias, estaban entrelazados y dependían uno de otro. Además, existía administrativamente una coordinación a nivel superior entre el mando político- militar y el Poder Popular de la región.

Algunas bases (población civil o masas clandestinas) tenían promotores con cierta preparación porque habían sido preparados como sanitarios en la guerrilla -y por razones de salud o embarazo se habían tenido que incorporar a una base- o porque habían recibido cursillos en el movimiento popular de los años 70. En otras bases tuvo que asumir ese papel la gente que tenía ciertos conocimientos por su experiencia con plantas medicinales, como parteras empíricas, como hueseros o sobadores, etc.

El sistema de sanidad militar estaba bien organizado y estructurado. La formación y preparación de sanitarios estaba estrechamente relacionada con la problemática a resolver en el momento, y su estructura correspondía a las necesidades de las estructuras cambiantes de la guerrilla según las diferentes estrategias militares.

La relación entre los dos sistemas de salud popular se podía observar en diversas situaciones:

- Muchas mujeres y hombres de la base destacaron por sus conocimientos y capacidad de iniciativa a la hora de actuar para atender y curar a heridos y enfermos con remedios caseros. Estos individuos fueron reconocidos por su base y seleccionados cuando se presentaba la oportunidad de asistir a un cursillo o para trabajar con la guerrilla.
- Los equipos de sanidad militar pasaban por las bases para asistir, apoyar y respaldar al promotor realizando consultas, curando, operando y preparando campañas sanitarias y de vacunación.
- En ocasiones de escasez y urgente necesidad de medicamentos y material médico, los promotores que tenían un estado semiclandestino salían de la zona para conseguir el material...

El sistema de salud popular era producto de la organización social de la base y de la guerrilla. Los principios de solidaridad, autoresponsabilidad y autocrítica, equidad y sacrificio, reinaron no solo en el área de salud sino en todo el movimiento revolucionario. La guerra facilitó el desarrollo de estos principios bajo la premisa de que

Nadie debería ser insustituible. Por ejemplo, los conocimientos transmitidos por los pocos médicos que había en la zona, (muchos de ellos eran internacionalistas) fueron recibidos no sólo por los promotores y sanitarios, sino también por los pacientes y toda la unidad y las base, con el fin de que el mayor número posible de gente fuera capaz de poder solucionar los problemas de salud.

Otros factores de la situación de guerra que facilitaron el proceso de desarrollo de un sistema de salud alternativo fueron que apenas existía circulación de dinero, que cada persona se sentía importante realizando una tarea específica en el conjunto del colectivo, que todas las tareas se realizaron conjuntamente y para el beneficio de todos, y que la preocupación hacia la familia fue sustituida por la responsabilidad hacia la unidad o la base. El funcionamiento del sistema autogestionario se basaba en las relaciones sociales fuertes, la confianza y el control social dentro del marco de un proceso democrático limitado.

II. Salud en los campamentos de refugiados

El campamento de refugiados de Mesa Grande en Honduras tenía 12.000 refugiados, en su mayoría del departamento de Chalatenango. Los organismos internacionales como CEDEN, Cáritas, Visión Mundial y Médicos sin Fronteras prestaron los servicios de sobrevivencia. La preparación de promotores por los técnicos de las ONG's internacionales era parte de un programa asistencialista para cubrir las urgentes necesidades de la gente.

III. Salud en las repoblaciones

Los promotores preparados en el refugio se responsabilizaron, con la coordinación del área de salud de CCR, de la salud de la gente de los retornados. Posteriormente asumieron la tarea de organizar a la nueva comunidad para construir, aunque fuera provisionalmente, un Puesto de Salud que funcionara como punto de referencia para las actividades sanitarias. El apoyo de religiosas técnicas que se solidarizaron con la lucha contra la injusticia y prestaron su cierta legalidad e inmunidad frente a la represión, respaldaron de manera efectiva el trabajo de los promotores y su organización.

Mientras avanzaban las negociaciones entre la guerrilla y el gobierno, la guerra se recrudeció y la zona controlada en Chalatenango se convirtió en una línea de fuego permanente. Los equipos del quirófano móvil y los hospitales de campaña de la guerrilla se movían de una repoblación a otra. Una gran parte de la sanidad militar fue asumida por el sistema de salud civil en su afán por conquistar el derecho internacionalmente constituido de atender a los heridos sin represión alguna -derecho que el régimen nunca reconoció- y la población defendía con su propia vida a los heridos y lisiados.

Producto del esfuerzo colectivo de las repoblaciones por responsabilizarse de los heridos y enfermos, fue la construcción de un pequeño hospital de dos edificios bajo las condiciones sumamente peligrosas de una guerra enfurecida. En diciembre de 1991, albergando a los últimos heridos de la guerra, el hospital fue inaugurado por el obispo de Chalatenango.

IV. Salud después de los Acuerdos de Paz

Al final de la guerra el área de salud de CCR abarcaba 44 comunidades organizadas y contaba con aproximadamente 220 promotores y 80 sanitarias/os que habían sido capacitados durante la guerra en odontología, laboratorio, primeros auxilios, enfermedades comunes, cirugía, anestesiología, atención de partos, medicina natural, acupuntura. (38)

El área de salud de CCR que estaba al frente de la red de promotores, proyectó tres estrategias para enfrentar la nueva situación:

- Estructurar y mejorar la atención comunitaria en salud enfocándose más hacia la medicina preventiva,
- Concertar con el MSPAS la inserción de la atención en salud brindada por los promotores comunitarios en el sistema nacional de salud,
- Coordinar y canalizar los esfuerzos de las ONG's nacionales e internacionales que querían trabajar en las comunidades.

La reestructuración de la red de promotores facilitó la participación de la comunidad y la toma de decisiones a diferentes niveles:

- *Organismo Local de Salud Integral (OLSI)*, compuesto por los promotores comunitarios y la Directiva Comunal.

- *Organismo Municipal de Salud Integral (OMSI)*, compuesto por un representante de cada OLSI, los miembros del Equipo de Salud Municipal y la Directiva Municipal.
- *Organismo Departamental de Salud Integral (ODSI)*, compuesto por un representante de cada OMSI, el referente de salud de CCR y las principales ONG's de salud de la región.

El funcionamiento de esos organismos estaba estrechamente relacionado con las estructuras organizativas comunales: la Asamblea general de una comunidad como organismo máximo de dirección local, las Directivas, el área de salud de CCR, el ejecutivo de CCR y la asamblea general de directivas de CCR.

En la primera fase de la "reconstrucción", varias ONG's nacionales e internacionales y hermandades de ciudades de EE.UU. y Europa apoyaron con pequeños fondos y programas específicas. El anuncio de un programa millonario (FIDA) para la reconstrucción y el desarrollo integral que incluía el área de salud, tuvo como consecuencia que muchas fuentes financieras se abstuvieran de invertir y las comunidades tuvieron que seguir luchando para conseguir migajas, sucediendo finalmente que llegó mucho menos apoyo financiero en comparación con otras regiones reconocidos como afectados por la guerra.

Desde el inicio del tiempo de paz, la CCR luchó por la acreditación de los promotores comunitarios, por plazas oficiales para estos promotores y por obtener un presupuesto comunitario para salud. Los promotores estuvieron dispuestos a sacrificarse para alcanzar las normas y condiciones exigidas para tal reconocimiento. A pesar de que ningún ministerio o institución se hizo cargo de la nivelación escolar de los promotores, ellos mismos lograron organizar su financiamiento y nivelación escolar de 6º, 9º y bachillerato.

En mayo de 1993 se firmó un convenio histórico entre CCR y el MSPAS, custodiados por las organizaciones ANTA, CODIPSA, PROVIDA, OPS Y PRODERE (*Anexo D*). En este convenio las comunidades aceptaron el retorno del MSPAS a los puestos de salud anteriores a la guerra y el MSPAS prometió que el personal del MSPAS trabajaría en equipo con los promotores de las comunidades. Se comprometió además a crear una comisión para la acreditación de los promotores y a equiparar el perfil académico del promotor comunitario al del promotor del MSPAS. Las comunidades cumplieron su parte del convenio y recibieron al personal del MSPAS. Sin embargo, el MSPAS no cumplió su compromiso y la concertación fracasó por falta de voluntad política y capacidad técnica por parte del MSPAS y por falta de apoyo consecuente y efectivo por parte de las ONG's.

Los promotores decidieron entonces con el apoyo de sus comunidades elegir a 22 promotores para que fueran recapitados por el MSPAS. Los promotores recibieron la acreditación, pero hasta hoy en día el Ministerio ha destinado una sola plaza para promotor de salud en toda la región de CCR.

El promotor comunitario de salud era la base fundamental de toda atención en salud brindada en las comunidades de la CCR. Después del retorno del personal médico-sanitario a los municipios los promotores comunitarios fueron desplazados de sus clínicas, que pasaron a estar bajo control del MSPAS, pero se vieron forzados a atender emergencias en horas inhábiles, fines de semanas, días festivos y en todas las ocasiones de ausencia del personal médico.

Como muestra de la cohesión e identificación de los promotores con su comunidad y entre ellos, se puede mencionar el modo del financiamiento: la creación de un fondo común de promotores por parte de CCR. Todos los fondos provenientes de ONG's que financiaron capacitaciones o cursillos para algunos promotores, y las

donaciones de gente solidaria o hermandades, pasaron a este fondo. De este modo se logró pagar un estímulo a cada promotor por igual, según la cantidad de trabajo y grado de responsabilidad, evitando así una dependencia directa hacia una ONG.

El estímulo era mucho menor que lo que correspondería a un sueldo. La red de promotores logró mantenerse fuerte durante 4-5 años porque los promotores tenían la esperanza de que su lucha en la concertación iba a tener éxito. Además, los familiares apoyaban al promotor y a su familia económicamente y en el cuidado de sus hijos.

Actualmente, la red de promotores ya no tiene mas que 80 promotores activos. La retirada de ONG's y el cambio en la política de estas organizaciones hacia no apoyar un sistema integral de salud sino sólo proyectos selectivos de salud o bien local y temporalmente limitados, ha puesto al borde de la extinción a la organización y estructura de promotores. El motivo por el que todavía siguen los promotores reuniéndose y manteniendo una mínima estructura, según mencionan ellos mismos, es su propia convicción y el compromiso con la comunidad.

5.2.2. HISTORIA DE LA SALUD COMUNITARIA EN MORAZAN.

El Departamento de Morazán se ha caracterizado por ser uno de los departamentos con mas altos niveles de pobreza, además de estar en situación de abandono por parte de las instancias oficiales u gubernamentales.

En la década de los años 70 se inició un fuerte movimiento social alrededor de los valores y principios humanos y solidarios de la Teología de la Liberación que

sumados a la situación de extrema pobreza, abandono, marginalidad de los servicios básicos elementales, provocaron una fuerte organización de base a nivel principalmente de las comunidades rurales (Comunidades Eclesiales de Base), del norte del departamento, como una alternativa viable para mejorar sus condiciones de vida. Este esfuerzo que se convirtió en una posibilidad real de cambios, comenzó al igual que en otras regiones de El Salvador a sufrir represión, persecución, encarcelamiento, muerte y expulsión de las comunidades de muchos de sus dirigentes.

En la medida en que se consolidó el movimiento organizativo, surgieron las tácticas de tierra arrasada que fueron implementadas por el Ejército salvadoreño ✓ apoyados por una amplia red de paramilitares agrupados en ORDEN (Organización Democrática Nacionalista), ejecutando una serie de operativos militares que tenían como blanco la población civil. Un ejemplo de esta estrategia siniestra es la Masacre de El Mozote ocurrida en diciembre de 1981, en la cual murieron entre 900-1000 personas, la mayoría niños (as) y personas adultas.

Al igual que en Chalatenango, los masacres, bombardeos y mortereos indiscriminados provocaron un éxodo masivo de la población a refugiarse en Honduras (Colomoncagua).

Los que no salieron a los refugios, sobre todo los jóvenes optaron por incorporarse al naciente ejército guerrillero en la zona, otros salen a las ciudades ✓ cercanas como San Francisco Gotera, Osicala, San Miguel y algunos hacia el exterior.

En los años 1979-1980 inicia en San Salvador un proceso de formación de brigadistas de salud provenientes y seleccionados por sus comunidades, a través de una serie de cursillos. Estos se llevaron a cabo en forma semi-clandestina en algunos colegios católicos y en la Universidad Nacional de El Salvador. Se organizó en un

futuro inmediato una red de brigadistas de salud atendiendo a las comunidades rurales y otros incorporándose al ejército guerrillero. En la medida en que la represión y el control de los organismos del estado se incrementaron en las principales ciudades de El Salvador, se cerró la posibilidad de continuar con estos procesos de capacitación, por lo que se inició un movimiento de estudiantes de medicina y algunos médicos nacionales e internacionales vinculados con las Brigadas Sanitarias de las Ligas Populares 28 de Febrero a las zonas controladas con el propósito de apoyar el establecimiento de un sistema alternativo de salud y continuar con la capacitación de los brigadistas.

En los años 1981-1982 da inició el proceso de abandono de las pocas instituciones oficiales que tenían presencia en el norte del Departamento de Morazán. Desaparecen los escasos servicios de salud y educación que se le prestaban a la población sobre todo en las cabeceras municipales y principales pueblos.

En la medida en que el movimiento guerrillero consolidó su presencia y poder político-militar en amplias zonas geográficas, surgieron dos estructuras. Mientras en Chalatenango se desarrollaron dos sistemas con poderes autónomos y coordinados, en las zonas liberada de Morazán el movimiento popular no desarrolló su propia estructura independiente del poder militar de la zona.

En 1985 en medio de las etapas más cruentas de la guerra surge el Patronato Para el Desarrollo de Las Comunidades del Norte de Morazán Y San Miguel (PADECOMSM), apoyado técnica y logísticamente por el Comité Internacional de La Cruz Roja (CICR). El PADECOMSM era una estructura organizativa que aglutinaba una serie de esfuerzos comunitarios, como una expresión popular de la organización y participación comunitaria.

Al igual que en Mesa Grande, el refugio que acogió a la población de Chalatenango, en el refugio establecido en Colomoncagua, Honduras, se desarrolló un movimiento social de organización y participación colectiva, experimentando una nueva modalidad de relación social y de trabajo. Gracias al apoyo de muchos organismos nacionales tanto de Honduras como de El Salvador, así como de organismos internacionales (ACNUR, CICR, Médicos Sin Frontera, CARITAS, etc). Parte del proceso fue la capacitación y formación de personal en las áreas de educación, salud, organización, agricultura y otros. Colomoncagua se convierte en un vivero potencial de nuevos brigadistas así como un puente de abastecimiento de insumos, material medico, y como un lugar de recuperación de enfermos y heridos graves.

En Noviembre de 1989 da inició la repatriación de los refugiados de Colomoncagua, asentándose en Meanguera (Actualmente Ciudad Segundo Montes, en homenaje al sacerdote jesuita asesinado en San salvador unos días atrás por el Ejército Salvadoreño).

La comunidad comienza a experimentar el proceso de demistificación de la medicina, cuando muchos brigadistas (la mayoría con bajo nivel académico) y la misma comunidad van adquiriendo una serie de experiencias, conocimientos, destrezas y habilidades que le permiten ir resolviendo una serie de problemas de salud, y a la vez construyendo las bases para el establecimiento de una nueva cultura en salud. Antes de la guerra esto no era posible.

Para 1992 PADECOMS da inició al Proyecto de Salud Materno Infantil (PROSAMI) con financiamiento de USAID, en algunas comunidades de Perquín, Torola y San Fernando. En 1994 la Asociación Salvadoreña Promotora de la Salud (ASPS) inicia un proyecto de salud materno-infantil, con financiamiento de ICCO-Holanda, basado en el modelo de atención del PROSAMI en comunidades rurales

ubicadas en el norte de los departamentos de Morazán, San Miguel y Usulután.

En 1994 el MSPAS regresa a la zona retomando la mayor parte de la infraestructura comunitaria, no reconociendo ni legalizando a los promotores de salud comunitarios, tal como se había comprometido al inicio en el proceso de negociaciones. En muchas comunidades de nuevo se comienza a experimentar el modelo de salud curativo y medicalizado impulsado por el MSPAS. Debilitando una serie de practicas sanitarias que la población traía de su experiencia en los refugios.

Con respecto a la salud comunitaria hay aspectos comunes en ambos departamentos ya que les une la misma historia, situación social, económica y política. Ambos fueron escenario y bastiones principales de la lucha guerrillera, experimentando nuevas modalidades de organización y de participación de la comunidad en la resolución de sus problemas mas apremiantes. Los promotores de salud y su actividad sanitaria han sido expresión de una organización comunitaria que se dedicaba a solucionar toda la problemática cotidiana en situaciones adversas, siendo la salud una parte de esta.

Pero existen algunas diferencias relativas a las diferentes formas de organización promovidas por razones históricas, políticas e ideológicas. También es de hacer notar que entre ambas muestras de estudio existen niveles diferentes de experiencias, así como de perfiles de los promotores de salud :

- En Chalatenango se desarrolló un sistema de "doble poder". El Poder Popular y el poder militar eran autónomos y coordinados en función de sobrevivencia. La organización en el refugio tenía su propia estructura del poder popular . Mientras en Morazán el movimiento popular no alcanzo el mismo nivel organizativo y participativo como en Chalatenango, siendo este mas atomizado y subordinado del mando militar.

- Es de hacer notar que la mayoría de personas que estaban en Colomoncagua, Honduras, cuando regresan lo hacen a lo que hoy se denomina ciudad Segundo Montes, en jurisdicción de Meanguera. Unos pocos regresan a sus comunidades de origen. Mientras en Chalatenango la repatriación de los refugiados comenzó dos años antes en medio de una lucha fuerte que consolidó y fortaleció la organización y el poder popular. La repoblación de varios lugares y el retorno en etapas durante la guerra fortaleció el proceso de democratización y solidaridad entre la comunidades.

-Mientras que en el área política, posterior a la finalización del conflicto armado, en Chalatenango se ha mantenido cierta identidad y homogeneidad en las comunidades estudiadas, no así en Morazán en donde después de la firma de Los Acuerdos de Paz ha ocurrido cierta dispersión en el ámbito organizacional por razones sociales, políticas e ideológicas.

6. HIPOTESIS

Las comunidades rurales que cuentan con promotores comunitarios de salud tienen un mayor grado de resolutiveidad que aquellas comunidades que no cuentan con este tipo de promotor.

7. DISEÑO METODOLOGICO

7.1. TIPO DE ESTUDIO

La investigación realizada es de tipo descriptiva y según su orientación en el tiempo es de corte transversal, teniendo características predominantemente cualitativas y participativas.

7.2. AREA DE ESTUDIO Y POBLACIÓN INVESTIGADA

Se seleccionó como área de estudio una región en cada uno de los dos departamentos: Chalatenango y Morazán. El motivo de escoger comunidades de dos departamentos distintos fue investigar el impacto causado por dos tipos diferentes de promotores dentro de la misma categoría de Promotor de salud no gubernamental. ✓

Fueron seleccionadas en total (muestra objeto de estudio y muestras control) doce comunidades en Chalatenango, y diez en Morazán. La muestra estuvo constituida por el 5% de la población de cada una de las comunidades.

7.2.1. CHALATENANGO

Administrativamente el departamento está dividido en 33 municipios y 191 cantones. El municipio constituye la unidad político-administrativa básica de la organización estatal de El Salvador.

Las comunidades donde se realizó el estudio están ubicadas en la región nor oriental de Chalatenango (*Anexo A. M3*). Aunque por definición la cabecera municipal pertenece al área urbano, en esta región no existen grandes diferencias en las condiciones de vida entre las cabeceras y las poblaciones de los cantones.

La región nor oriental es la región más pobre del departamento, representa el 40% de su territorio y es la responsable del bajo índice de desarrollo humano del departamento a nivel nacional. Se estima que el 80% - 85% de los hogares se encuentran en condiciones de pobreza; de estos, el 50% se ubican en situación de pobreza extrema. Esta región se mantiene en cierto grado de abandono por parte del Estado .

Existe una gran fluctuación poblacional no solo hacia la ciudad, sino también hacia el exterior del país. A pesar de las continuas deportaciones de los inmigrantes salvadoreños por parte del gobierno de los EEUU, se mantiene el flujo migratorio ilegal de los jóvenes de estas comunidades hacia dicho país.

7.2.1.1. Muestra objeto de estudio: Comunidades Con Promotor (CCP)

El criterio general para la selección de *comunidades con promotor* en Chalatenango consistió en elegir comunidades de la zona ex conflictiva que hubieran creado un sistema auto gestor de salud basado en una red de promotores (ver *Aspectos Referenciales* para detalles sobre la historia de creación de este sistema.) El número de comunidades que podían ser seleccionadas era limitado, debido a que en

1994 el MSPAS decidió retomar los puestos de salud de estas poblaciones y desplazó así a los promotores de salud existentes.

Los criterios mínimos comunes para la elección fueron que las comunidades contaran con el servicio de uno o mas promotores de salud que cumplieran las siguientes condiciones: pertenecer a la comunidad y haber sido elegidos por ella, haber trabajado como mínimo tres años en la comunidad, haber sido capacitados durante la guerra o posteriormente por ONG's y no estar reconocidos oficialmente ni ocupar una plaza del MSPAS.

De este modo se seleccionaron seis comunidades (pertenecientes a 14 municipios distintos) que tienen promotores de salud no gubernamentales; estas comunidades tienen en conjunto una población de 5,255 habitantes, habiéndose entrevistado a un total de 256 individuos (*Anexo B T. 1*),

La capacidad resolutive de la comunidad, que es el objeto de este estudio, puede no estar únicamente asociada con la presencia e influencia del promotor como variable independiente, ya que puede haber otros factores que influyan y confundan esta relación. Los principales factores o variables confusoras que pueden afectar la validez interna del estudio son el fácil acceso a las unidades de salud y hospitales, la alta movilidad de la población y la influencia de los medios de comunicación.

Para controlar la influencia de las variables de confusión, se constituyó una muestra de comunidades testigo: las *comunidades sin promotor*.

7.2.1.2. Muestra control 1: Comunidades Sin Promotor (CSP)

Las comunidades de esta muestra de control carecen de promotores de salud, pero disponen de Unidades de Salud con equipo médico. De este modo se controla en la

muestra de estudio la influencia confusora de otros servicios de salud que no corresponden al promotor.

Estas comunidades *sin promotor* fueron seleccionadas por presentar condiciones geográficas, agro-ecológicas y económicas similares a las encontradas en las *comunidades con promotor*. Los criterios de inclusión para la selección fueron: que no tuvieran un servicio prestado por promotores de salud, que estuvieran ubicadas en la misma región y que tuvieran un tamaño poblacional similar al tamaño de las CCP.

Así se escogieron seis comunidades (pertenecientes a cinco municipios) que no reciben la atención de un promotor no gubernamental y que constituyeron la muestra de control; estas comunidades tienen en conjunto una población total de 5,358 habitantes, habiéndose entrevistado a un total de 267 individuos (*Anexo B T. 2*).

A pesar de que cuatro de estas seis comunidades son cabeceras municipales y pertenecen políticamente al área urbana, las comunidades de las muestras de estudio y de control sufren las mismas condiciones que son características de la región; esto se debe a que se eligieron las cabeceras municipales más pequeñas y más pobres, cuyos productores son pequeños campesinos.

7.2.2. MORAZAN

Administrativamente esta dividido en 26 municipios, 132 cantones y 424 caseríos. Las comunidades rurales en donde se realizó el trabajo de investigación pertenecen a los municipios de: Torola, San Fernando, Perquín, Jocoaitique y Yamabal, ubicados en la zona nor-poniente del departamento de Morazán, algunos fronterizos con Honduras. Estos municipios están caracterizados como los que poseen los niveles de mayor pobreza en el departamento.

En las comunidades de Morazán se encuestaron en total a 512 mujeres mayores de 14 años divididas en 2 grupos de 256 mujeres cada uno (dos muestras control) haciendo un total entre ambas muestras de 10,225 habitantes (ver *Anexo A. M 4*)

7.2.2.1. Muestra control 2: Comunidades Con Promotor (CCP)

Las comunidades seleccionadas que cuentan con la presencia de promotores de salud en Morazán pertenecen a 7 cantones ubicados en cuatro municipios (Torola, San Fernando, Jocoaitique y Yamabal).

Los criterios de selección fueron: contar desde hace tres años con la presencia de promotores de salud no gubernamentales, estar ubicados en la misma región geográfica (nor-poniente del departamento), y compartir las mismas condiciones socioeconómicas y culturales. Son comunidades rurales ubicadas en zonas ex conflictivas, alejadas de los cascos urbanos (pueblos), careciendo de la mayoría de los servicios básicos, como agua potable, transporte publico, electricidad, teléfonos; no cuentan con carreteras asfaltadas, el acceso a la mayoría de comunidades es por caminos intransitable para vehículos.

La población total de las siete localidades seleccionadas es de 5,125 habitantes; de los cuales, fueron entrevistados un total de 256 mujeres mayores de 14 años que tienen o cuidan niños/as (*Anexo B T. 3*)

Existen otros factores que no son objeto de la investigación pero influyen en el estudio. Estos son:

-En alguna medida reciben esporádicamente algunos servicios de salud a través de las brigadas medicas que el MSPAS ejecuta en el departamento.

-La población acude a la unidad de salud ubicada en la cabecera municipal a pesar de las largas distancias y la dificultad en el traslado. (debido al sistema de referencias que maneja el promotor)

-La influencia ejercida por los medios de comunicación (TV, Radio).

7.2.2.2. Muestra Control 3: Comunidades Sin Promotor (CSP)

Los criterios de selección de las comunidades control o testigo es que no tengan el servicio prestado por promotores de salud no gubernamentales y que estén ubicadas en la misma región geográfica a la que pertenece la muestra de estudio.

Por características propias (socio-políticas) del departamento de Morazán, en la selección de esta muestra testigo se encontró la dificultad de que en la región norte del departamento no es fácil encontrar comunidades que no están cubiertas por promotores o por personal de las unidades de salud del MSPAS; esto se debe a razones políticas. Por este motivo se tuvieron que seleccionar comunidades ubicadas en el casco periférico de tres pueblos: Torola, Perquin y San Fernando; no obstante, estas poblaciones pueden ser consideradas como rurales al ser tomado en cuenta su modo de producción, que está basado en los pequeños agricultores. Estas localidades tienen fácil acceso a los servicios prestados por la unidad de salud, así como a los promotores del MSPAS, tienen acceso a agua potable, transporte público, teléfonos, y a la cabecera departamental (San Francisco Gotera) donde está ubicado el hospital. Es de hacer notar que por razones históricas estas comunidades CSP en alguna medida después de finalizar el conflicto armado contaron con servicios prestados por promotores (as) de salud apoyados financieramente por organismos internacionales como Médicos sin Frontera, ACNUR, CICR, para ejecutar una serie de acciones sanitarias (brigadas medicas, vacunación, letrización, agua potable, etc.) así como la reconstrucción física y funcional de las

unidades de salud que posteriormente fueron trasladadas al MSPAS.

La población total de las comunidades sin promotor es de aproximadamente 5110 habitantes, de los cuales fueron entrevistados 256 mujeres mayores de 14 años (*Anexo B T. 3*)

7.2.3 CARACTERIZACIÓN DE LAS COMUNIDADES

Para caracterizar socioeconómicamente a las comunidades y por razones comparativas, se utilizó el esquema de evaluación cuantitativa de los factores condicionantes diseñado por **Proseri** (1) en “Gerencia Estratégica en salud” en las comunidades objeto de investigación.

Se consideraron diez factores que causan los principales problemas a la comunidad y se cuantificó a través de una puntuación el nivel de presencia de cada uno de los factores de riesgo en cada comunidad. Cuanto mayor es la puntuación alcanzada, la comunidad presenta condiciones socioeconómicas de mayor riesgo (*Anexo B. T. 4a*).

Las CCP y CSP en Chalatenango presentan homogeneidad en las condiciones socioeconómicas si se compara el promedio de la puntuación: la media para las CCP es de 37 puntos y para las CSP es ligeramente más alta, alcanzando 42,5 puntos (*Anexo B T. 4b y 4c*).

Se encuentran diferencias importantes entre CCP y CSP en cuanto al nivel de presencia de los factores de riesgo:

- En relación a los factores *Distancia a la Unidad de Salud, Población desplazada y Vivienda*, las CCP presentan valores más altos. Esto significa que las comunidades con promotor no tienen puestos de salud en su comunidad (todas las CSP sí) tienen

mayor grado de hacinamiento en las viviendas, y la mayoría de su población es desplazada (en CSP no hay población desplazada).

- En los factores de riesgo *Participación social y Alfabetismo* la relación entre ambas muestras se invierte: Las CCP están caracterizadas por un alto grado de participación social (números entre 0 y 3) y el grado de la alfabetización entre los mayores de 12 años es mas alto que en las CSP.

Los otros 5 factores como el *agua potable, garantía de la subsistencia para todo el año, la distancia al hospital y el grado de letrización* no presenta diferencias significativas entre las dos muestras poblacionales de Chalatenango.

Con respecto a Morazán no existe homogeneidad como en Chalatenango; al analizar las condiciones socioeconómicas tanto en las CCP y CSP ya que el puntaje obtenido por las CCP (62 puntos) es mas alto que el obtenido en las CSP (41 puntos) encontrando diferencias significativas que indican la existencia de mayores factores de riesgo que condicionan la situación socioeconómica en las comunidades.

Existen diferencias marcadas entre las dos muestras con relación a los siguientes factores de riesgo:

- Distancia a puesto de salud: Las CCP presentan un puntaje alto (promedio 9) contra las CSP (promedio 0) indicando que las CCP no tienen puestos de salud en o cercanos a su comunidad, mientras que todas las CSP si tienen.
- Distancia al hospital más cercano: Al igual que en el factor anterior, las CCP no tienen acceso a un hospital cercano en relación a las CSP (puntaje de 7 contra 4).

- Agua potable: Las comunidades que cuentan con promotor no tienen en su mayoría acceso a agua potable y tienen problemas en la disposición de excretas, mientras que en las CSP esta relación se invierte.

En relación a la participación social, vivienda, alfabetismo, empleo/ingreso, desnutrición y población desplazada, en las dos muestras el puntaje es similar, no existiendo mayores diferencias.

7.3. COMPONENTES Y DESCRIPTORES

7.3 1. EXISTENCIA DE PROMOTOR NO GUBERNAMENTAL EN LA COMUNIDAD.

La presencia o ausencia de promotor constituye los descriptores independientes de este estudio; el promotor no gubernamental es la razón de la investigación y constituye el objeto de la evaluación sobre la calidad de la atención en la comunidad.

Los promotores presentan diferentes características en cuanto a la edad, estado civil, sexo, grado escolar, y cursos o capacitaciones recibidas. Dentro de la categoría de *promotor no gubernamental* se distinguen dos tipos de promotores:

a) Los promotores de Chalatenango, que fueron preparados durante la guerra y por ONG's pero se encuentran bajo la responsabilidad de la comunidad y de su gremio. Estos promotores tienen experiencias de entre 7 y 25 años. La mayoría de ellos ya no pueden trabajar regularmente porque no tienen ningún tipo de reconocimiento financiero (ver *Antecedentes*) Solo en una comunidad (Guarjila) los promotores tienen asesoría y supervisión técnica, y reciben un estímulo proveniente de un fondo común.

b) Los promotores de Morazán, que forman parte de un proyecto de salud materno infantil ejecutado por una ONG desde 1995. Por lo que han tenido acceso a un proceso de formación y de capacitación sanitaria, así como a un reconocimiento monetario mensual. Por otro lado los promotores de salud de las comunidades elegidas en Morazán tienen características muy distintas a los de Chalatenango. A pesar de vivir en zonas ex-conflictivas, la mayoría no tiene la experiencia de la guerra (*Anexo D MH*) ni la vivida en los refugios en Colomoncagua, Honduras. La mayoría se ha iniciado en el campo de la salud comunitaria a partir de el inicio del proyecto hace cinco años. Además que no todos se han mantenido constantes por diferentes razones.

7.3.2. CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LAS COMUNIDADES RURALES

Se ha seleccionado como componente fuerte de la investigación la *capacidad resolutiva de la comunidad*. El grado de capacidad resolutiva de la comunidad esta considerado como un proceso complejo de adquisición de conocimientos y cambios en las actitudes y prácticas. Para medir la capacidad resolutiva se han definido *descriptores* que permitan evaluar el grado de asimilación por parte de la población sobre las causas y el tratamiento de los problemas definidos como trazadores, en dependencia de la calidad de atención brindada.

Considerando el método de trazador de Kessner (2), se definieron las siguientes condiciones específicas (trazadoras) en las comunidades seleccionadas:

- Las enfermedades diarreicas agudas (EDAS) en niños y niñas.
- Las fiebres altas en niños pequeños.

A partir de las condiciones trazadoras, se establecieron las siguientes descriptores para el componente CAPACIDAD RESOLUTIVA:

1. Conocimientos y prácticas en el control de EDAs
2. Conocimientos sobre medidas preventivas de la diarrea
3. Conocimientos sobre las causas de la diarrea
4. Prácticas en el control de la fiebre

7.3.3. DESCRIPTORES DEMOGRÁFICAS

La información correspondiente a los descriptores independientes como edad, número de hijos y grado escolar, que podrían ser factores confusores para la definición de la capacidad resolutive, fueron recolectadas en la encuesta a través de preguntas cerradas y preguntas semi abiertas que fueron cerradas posteriormente en el proceso de análisis .

7.3.4. MORTALIDAD INFANTIL (MI)

La Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) es un indicador importante e internacionalmente considerado para evaluar los resultados de un impacto. *La Tasa de MI representa el número de óbitos de menores de un año en relación con el número total de nacidos vivos durante dicho año, por mil.*(3)

En este estudio no fue posible definir la TMI por falta de registros verídicos sobre las defunciones y nacimientos en los últimos 5 años, ya que la evaluación de un impacto por medio de la TMI solo se realiza sobre un periodo quinquenal.(4) Se acudió a los registros civiles, centros y puestos de salud, alcaldías, directivas comunales,

parroquias y registro epidemiológico del MSPAS, con el fin de compilar el número de niños menores de un año fallecidos durante el año 1997.

A través del cuestionario se recogió la percepción de la comunidad sobre el número de muertes de niños menores de un año, ocurridas durante el último año (1997) (*Anexo B: Instr I*)

7.3.5. MEMORIA HISTORICA DE LOS PROMOTORES NO GUBERNAMENTALES

Con la reconstrucción de la memoria histórica de los promotores no gubernamentales se persigue establecer el perfil de estos promotores comunitarios , que puede incidir en el impacto educativo sobre la población.

Por medio de un seminario de promotores de las comunidades de Morazán, y a través de entrevistas individuales a promotores de las comunidades de Chalatenango, se recopiló la información utilizando una guía elaborada con preguntas abiertas (*Anexo B Instr II*). Se inquirió sobre las actividades que han desarrollado los promotores no gubernamentales de salud durante y después de la Guerra, con el fin de determinar la percepción de estos promotores sobre los cambios en conocimientos, actitudes y practicas en salud en las comunidades rurales de Chalatenango y Morazán.

7.4. APLICACION DE LA ENCUESTA Y RECOLECCION DE DATOS

7.4.1. DETERMINACIÓN DE LOS INDIVIDUOS A ENCUESTAR

Para investigar los conocimientos adquiridos y las práctica empleadas por las comunidades seleccionadas en relación con las enfermedades de los niños, se eligió

como fuente idónea de información a las mujeres mayores de catorce años, ya que las mujeres son todavía prácticamente las únicas responsables de los niños y de su salud. Se encuestó en cada hogar a una mujer que tuviera a su cuidado a niños pequeños: madres con hijos propios, muchachas que cuidaban a sus hermanos o sobrinos pequeños, abuelas que cuidaban a sus nietos o mujeres que tenían a su cargo a niños ajenos.

7.4.2. ELABORACION DEL CUESTIONARIO

Se elaboró un cuestionario individual (ver *Anexo II, Instrumento II*) con preguntas semi abiertas que serían cerradas posteriormente en el proceso de análisis. La validez y confiabilidad del cuestionario se verificó de la siguiente manera: un primer borrador del cuestionario fue discutido, reducido y simplificado en reuniones de trabajo con promotores de salud. Después se realizaron tres pruebas piloto en muestras de entre 10 y 20 mujeres mayores de 14 años de edad de tres comunidades rurales diferentes, y por último se diseñó el cuestionario definitivo.

7.4.3. APLICACIÓN

Se utilizó el mismo cuestionario en Chalatenango y Morazán, pero las encuestas fueron realizadas de forma independiente y con diferentes equipos de encuestadores.

En **Chalatenango** se realizaron las encuestas en los meses de julio y agosto de 1998. El equipo de encuestadores estaba compuesto por promotores, estudiantes de medicina y técnicos de diferentes profesiones (bióloga, nutricionista, enfermera, médicos). El número de encuestadores osciló entre 4 y 7 personas, dependiendo del tamaño de la comunidad. El equipo recibió un entrenamiento previo a la encuesta, con instrucciones precisas sobre la manera de efectuar la visita domiciliaria y sobre el modo

de realizar las preguntas, planteándolas de forma que la persona pudiera contestar libremente sin que se le hubiera insinuado una posible respuesta.

Al llegar a cada una de las comunidades se buscaba a las autoridades correspondientes para recoger información general sobre la comunidad y datos específicos del estudio como la mortalidad infantil. Se elaboraba un mapeo de la distribución de las casas según la estructura de la comunidad, se dividía en sectores que eran repartidos entre los distintos encuestadores y se efectuaba en cada sector un número de encuestas proporcional a su tamaño; las casas fueron seleccionadas al azar.

Inmediatamente después de efectuar cada encuesta se revisaban los cuestionarios rellenos , para poderlos corregir o completar en el momento si fuera necesario.

En **Morazán** se llevo a cabo la encuesta en Diciembre 1998 y Enero de 1999. El equipo encuestador estuvo conformado por el equipo técnico supervisor del Proyecto de Salud Materno Infantil que se esta ejecutando actualmente por la Asociación Salvadoreña Promotora de la Salud (ASPS). Este equipo es multidisciplinario, compuesto por dos medicas, dos educadores para la salud, un tecnologo materno infantil. Fue apoyado por los respectivos promotores de salud que atienden dichas comunidades.

Previamente el equipo encuestador fue entrenado para poder efectuar las entrevistas, revisando la forma de abordar a la población y cómo evitar los posibles sesgos. Con este equipo se diseño un plan de visitas (mapeo) para la selección al azar de las familias visitadas, apoyándose en los mapas de riesgos que posee cada promotor de su comunidad.

Además se consultó con informantes claves de la comunidad, como directivos, religiosos, pobladores de mayor edad, para obtener información sobre la comunidad.

7.4.4. SECCIONES DEL CUESTIONARIO

1ª . Sección

Esta sección recoge información referente a la comunidad y a la complementación del cuestionario.

2ª . Sección: Datos poblacionales

Recoge datos personales de la mujer del núcleo familiar como la edad, el grado escolar y el número de hijos; incluye una pregunta sobre la existencia o no de letrina en la casa.

3ª Sección: Información sobre conocimientos y prácticas

Las tres primeras preguntas recogen datos sobre conocimientos y prácticas en relación al control de las EDAS.

- La primera obtiene información sobre el tratamiento de la diarrea en la niñez e indica si existe conocimiento o utilización del suero oral, o si predominan los remedios caseros y/o los antidiarreicos. En el caso de que la respuesta fuera *acudir a la consulta* , se debían efectuar preguntas dirigidas a conocer que hacía la entrevistada antes de consultar a alguien, evitándose siempre la pregunta directa sobre el uso o conocimiento de suero oral.
- La segunda pregunta aporta información acerca del conocimiento de las medidas preventivas para la diarrea.
- La tercera pregunta aborda las posibles causas de las diarreas, recogiendo los conocimientos y creencias de las entrevistadas.

- La cuarta pregunta recoge información sobre las practicas en el control del síntoma fiebre alta en la niñez.

4ª . Sección

Contiene una última pregunta que recolecta información sobre la posible existencia de un subregistro acerca de la mortalidad infantil. El indicador es el número de niños menores de un año que, según la entrevistada, murieron en la comunidad durante el año 1997.

7.5. ANALISIS Y TRATAMIENTO DE DATOS

7.5.1. ALMACENAMIENTO Y PROCESAMIENTO

Los datos de las encuestas fueron almacenados y procesados en EPI -INFO. Para el diseño de tablas se empleó Microsoft Word y para elaborar los gráficos se utilizó el programa Microsoft Excel 6.0 de Windows.

Para la búsqueda de asociaciones entre variables se empleó el Test de Chi-cuadrado (χ^2), utilizándose también el Test de probabilidad exacta de Fisher cuando las características de los datos no permitían realizar un test de Chi-cuadrado. Se consideró generalmente una significación estadística de $p < 0,01$; en ocasiones se consideró una $p < 0,05$, mencionándose expresamente en estos casos.

Para medir estadísticamente la relación entre la capacidad resolutive de las comunidades con y sin promotor, se empleo también el Riesgo Relativo (RR), con una confiabilidad del 95%.

7.5.2. OPERACIONALIZACIÓN DE LOS DESCRIPTORES.

- CATEGORIZACION DE LAS RESPUESTAS.

La diversidad de respuestas que se obtuvieron a través de las preguntas abiertas o semi abiertas de la encuesta, fueron agrupadas estableciendo un número definido de categorías para cada pregunta (*Tabla 5*):

- Para la pregunta sobre *el tratamiento de la diarrea* se establecieron tres categorías. El nivel mas bajo se definió como *insuficiente* que comprendieron la utilización de antidiarreicos, antibióticos, la aplicación de las curas basadas en creencias y de tomas de remedios populares. EL segundo nivel se definió como *suficiente* y recogió las respuestas que mencionaron el conocimiento de suero oral o suero casero pero la utilización de antidiarreicos. El tercer nivel fue categorizado como *bien* y encerró las respuestas sobre la utilización de suero oral, suero casero y la aplicación de líquidos. Las respuestas del tipo “acudir a la consulta médica o al hospital” o “buscar al promotor” no fueron valoradas.
- En la pregunta para estimar el *nivel de conocimiento sobre la prevención de la diarrea* se identificaron cuatro categorías. El nivel de conocimiento mas bajo, *insuficiente*, comprendió el desconocimiento de la prevención. Los siguientes niveles recogieron las respuestas sobre tres aspectos diferentes de la higiene: la higiene personal, la alimentaria y la ambiental. Cuando sólo se mencionaron medidas preventivas pertenecientes a uno de los aspectos, se categorizó como *bien*. El nivel *muy bien* agrupó las respuestas que contenían dos de los aspectos. El mayor valor *excelente* incluyó las respuestas que mencionaron medidas de los tres aspectos de la higiene.

- Las respuestas acerca *del nivel de conocimiento sobre las causas de diarrea* fueron agrupadas en tres categorías: la categoría *insuficiente* abarcó el desconocimiento, y creencias o ideas erróneas. El nivel *bien* recogió las percepciones de suciedad, moscas, mala comida, polvo como causas. Las respuestas mencionando causas científicas como bacterias, virus, parásitos, microbios recibieron el valor *muy bien*.
- Para la pregunta sobre el *tratamiento de la fiebre alta* en la niñez se establecieron cuatro categorías. El tratamiento con antibióticos, inyecciones y arropar mas al niño se consideraron dentro del nivel *mal*, el nivel mas bajo. Conocer la efectividad de los medios físicos (bañar al niño, quitarle la ropa y aplicarle trapos mojados) se valoró como regular. Las practicas de tratamiento correcto (medios físicos) se incluyeron en la categoría *bien* , y se categorizó como *muy bien* cuando además de estas prácticas se dio líquidos al niño.

Tabla 5
CATEGORIZACION DE LAS RESPUESTAS DE LA ENCUESTA

Pregunta	Respuestas	Categoría	
1. CUANDO SU HIJA (O) TIENE DIARREA QUE HACE USTED?	ANTIDIARREICOS Y CURAS	INSUFICIENTE	
	USO/CONOC.DE SO Y ANTIDIARREICOS	SUFICIENTE	
	USO DE SO	BIEN	
2. ¿SE PUEDE HACER ALGO PARA LOS NIÑOS NO SE ENFERMEN TANTO DE DIARREA?	DESCONOCIMIENTO	NINGUNO	INSUFICIENTE
	ASPECTOS HIGIENE PERSONAL	1 ASPECTO	BIEN
	HIGIENE ALIMENTICIA	2 ASPECTOS	MUY BIEN
	HIGIENE AMBIENTAL	3 ASPECTOS	EXCELENTE
3. ¿POR QUÉ LOS Y LAS NIÑOS(AS) SE ENFERMAN DE DIARREA?	NO SABE, OJO; EMPACHO	INSUFICIENTE	
	SUCIEDAD; MOSCAS	BIEN	
	MICROBIOS; BACTERIAS; PARASITO	MUY BIEN	
4. ¿QUÉ HACE USTED CUANDO SU HIJO(A) TIENE CALENTURAS ALTAS?	ANTIBIOTICOS E INYECCIONES ARROPAR MAS	MAL	
	CONOCER MEDIOS FISICOS; APLICAR INYECCIONES	REGULAR	
	MEDIOS FÍSICOS	BIEN	
	MEDIOS FISICOS y LIQUIDOS	MUY BIEN	

- ESTABLECIMIENTO DE INDICADORES:

En función de las categorías establecidas, se definieron diversos indicadores para cada una de los descriptores de la Capacidad Resolutiva (*Tabla 6*).

-El primer indicador de los descriptores(1a, 2a, 3a y 4a) contiene directamente la categorización de las respuestas de la encuesta en niveles.

-En las dos descriptores relativos a *conocimientos* (2 y 3) se estableció un segundo indicador binomial (SI/NO) que discriminaba la presencia o no de conocimiento (indicadores 2a y 3b).

-En los dos descriptores relativos a *prácticas de tratamiento* (1 y 4) se establecieron un segundo y un tercer indicadores. El segundo indicador (1b y 4b) muestra la existencia de conocimiento sobre las prácticas correctas, pero no su aplicación. Y el tercer indicador (1c y 4c) recoge ya la aplicación real de las prácticas correctas por parte de las encuestadas.

Los indicadores 1c y 4c se definieron como indicadores fuertes o indicadores trazadores, al considerar que reflejan mas acertadamente la asimilación de los problemas de la diarrea y de la fiebre en la niñez en las comunidades, problemas que fueron anteriormente definidos como trazadores.

- DETERMINACIÓN DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA POR COMUNIDAD Y POR MUESTRA

La Capacidad Resolutiva para cada descriptor se definió a partir del segundo indicador para los descriptores relativos a conocimientos sobre causas y medidas

preventivas (2b y 3b), y a partir del tercer indicador para los descriptores relativos al tratamiento de la diarrea y de la fiebre (1c y 4c).

La existencia de Capacidad Resolutiva se estableció a través de un indicador binomial SI/NO en función del porcentaje alcanzado en la categoría *SI* de los indicadores mencionados.

CAPACIDAD RESOLUTIVA

SI = frecuencia > 50%

NO = frecuencia de 0 a 50%

Para calcular la Capacidad Resolutiva para cada muestra se consideró el número de comunidades de la muestra que presentaron capacidad resolutiva para cada descriptor:

I		1
II	N° de comunidades con CR para	2
III	el descriptor	3
IV		4

Se construyó entonces una fórmula ponderando la importancia relativa de cada dimensión o sub variable, de modo que las dimensiones trazadoras duplicaran su valor:

$\text{CR de la muestra} = (2 \times \text{I}) + \text{II} + \text{III} + (2 \times \text{IV})$

El *grado de Capacidad Resolutiva* para cada muestra se estableció dividiendo el valor de CR obtenido a través de la fórmula entre el máximo valor posible si todas las comunidades mostraran tener capacidad resolutiva para las cuatro dimensiones.

Tabla 6
INDICADORES DEL DESCRIPTOR

SUBVARIABLES O DIMENSIONES	INDICADOR	CATEGORÍAS	
		INSUFICIENTE	
1. PRACTICAS EN EL TRATAMIENTO DE DIARREAS DE LA DIARREA	1A TRATAMIENTO DE LA DIARREA	SUFICIENTE BIEN	
	1B CONOCIMIENTO O UTILIZACIÓN DE SUERO ORAL	SI NO	
	1C UTILIZACIÓN DE SUERO ORAL	SI NO	
2. MEDIDAS PREVENTIVAS PARA LA DIARREA	2A NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA PREVENCIÓN DE DIARREAS	INSUFIC. BIEN	
		MUY BIEN EXCELENTE	
	2B CONOCIMIENTOS SOBRE LA PREVENCIÓN DE DIARREAS	SI NO	
3. CAUSAS DE LA DIARREA	3A NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS CAUSAS DE LA DIARREA	INSUFICIENTE BIEN MUY BIEN	
		SI NO	
	3B CONOCIMIENTOS SOBRE LAS CAUSAS DE LA DIARREA	SI NO	
4. TRATAMIENTO DE LA FIEBRE	4A CALIDAD DEL TRATAMIENTO	MAL REGULAR BIEN MUY BIEN	
		4B TRATAMIENTO ACEPTABLE	SI NO
			4C TRATAMIENTO CORRECTO

Los indicadores sombreados corresponden a los indicadores trazadores

- RELACIÓN ENTRE LAS CATEGORÍAS DE LOS INDICADORES

a) Tratamiento de la diarrea

Indicadores		
1A	1B	1C
INSUFICIENTE	NO	NO
SUFICIENTE	SI	
BIEN		SI

b) Conocimiento sobre medidas preventivas para la diarrea

indicadores	
2A	2B
INSUFICIENTE	NO
BIEN	SI
MUY BIEN	
EXCELENTE	

c) Conocimiento sobre las causas de la diarrea

indicadores	
3A	3B
INSUFICIENTE	NO
BIEN	SI
MUY BIEN	

d) Tratamiento de la fiebre

Indicadores		
4A	4B	4C
MAL	NO	NO
REGULAR	SI	
BIEN		
MUY BIEN		
		SI

-RECODIFICACIÓN DE LOS DESCRIPTORES SOCIODEMOGRAFICAS

Para el cruzamiento de las cuatro dimensiones de la Capacidad Resolutiva con las variables sociodemográficas, se recodificaron previamente estas variables estableciendo nuevas categorías que facilitarían el proceso de análisis:

a) Edad.

EDAD I		EDAD II	
1 <input type="checkbox"/>	15 - 20	1 <input type="checkbox"/>	15 - 20
2 <input type="checkbox"/>	21 - 30	2 <input type="checkbox"/>	21 - 40
3 <input type="checkbox"/>	31 - 40		
4 <input type="checkbox"/>	41 - 50	3.	41 >
5 <input type="checkbox"/>	51 >		

b) Número de hijos.

Nº HIJOS I		Nº HIJOS II	
1 <input type="checkbox"/>	0	1 <input type="checkbox"/>	0 - 4
2 <input type="checkbox"/>	1 - 4		
3 <input type="checkbox"/>	5 - 9	2.	5 >
4 <input type="checkbox"/>	10 >		

c) Nivel escolar

NIVEL ESCOLAR I		NIVEL ESCOLAR II		NIVEL ESCOLAR III	
1 <input type="checkbox"/>	0	1 <input type="checkbox"/>	0 - 3	1 <input type="checkbox"/>	0 - 3
2 <input type="checkbox"/>	1 - 3				
3 <input type="checkbox"/>	4 - 6	2	4 - 9	2	4 >
4 <input type="checkbox"/>	7 - 9				
5 <input type="checkbox"/>	BACH.	3.	BACH. >		
6 <input type="checkbox"/>	UNIV.				

7.5.3. PLAN DE ANALISIS

7.5.3.1. Análisis de los datos poblacionales

En una primera parte de esa sección se analizó la distribución de las mujeres encuestadas según la edad, número de hijos, nivel escolar y la letrización, estratificando por comunidades con y sin promotor. Se definió el grado de homogeneidad de los datos poblacionales entre las dos muestras (CCP y CSP), midiéndose la posible existencia de diferencias significativas a través de la χ^2 .

En una segunda parte se buscó relación entre los descriptores *nivel escolar* y *grupos etareos*, así como entre *número de hijos* y *grupos etareos*, efectuando el análisis estratificando para CCP y CSP en cada departamento.

7.5.3.2. Análisis de los descriptores de la capacidad resolutive (CR)

Se definió la CR de cada comunidad (dentro de las CCP y dentro de las CSP) para cada una de los descriptores (tratamiento de la diarrea, conocimiento de medidas preventivas para la diarrea, conocimiento de las causas de la diarrea y tratamiento de la fiebre).

A continuación se comparó la capacidad resolutive para cada descriptor entre la muestra CCP y la muestra CSP. Para determinar el grado de asociación se utilizaron las medidas estadísticas de Riesgo Relativo (RR) y Chi cuadrado (χ^2).

7.5.3.3. Cruzamiento de descriptores

Para estudiar la influencia de los descriptores sociodemográficos (edad de la mujer encuestada, nivel escolar, número de hijos y posesión de letrina), se definió la

asociación entre estas descriptores independientes y el indicador trazador de cada una de los cuatro descriptores de la capacidad resolutive, según el siguiente esquema:

indicadores trazadores	Descriptores independientes			
	Y1	Y2	Y3	Y4
X1				
X2				
X3				
X4				

7.5.3.4. Análisis de los datos obtenidos sobre mortalidad infantil durante el año 1997

Los datos obtenidos sobre la percepción de la población acerca de los muertes infantiles ocurridas durante el año 1997, fueron comparados con los datos obtenidos a través de las entrevistas a las autoridades y de los diferentes registros. Se definió la CR en el límite de 0 hasta 2 muertes infantiles en el espacio de un año; mas de 2 óbitos por año se consideró una CR negativa.

7.5.3.5. Comparación de la CR entre las muestras y entre los departamentos de Chalatenango y Morazán

COMPARACIÓN DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA Y LA MORTALIDAD INFANTIL EN COMUNIDADES CON Y SIN PROMOTOR EN CHALATENANGO Y MORAZAN

		CHALATENANGO		MORAZAN	
		CCP	CSP	CCP	CSP
CAPACIDAD RESOLUTIVA	SI				
	NO				
MORTALIDAD INFANTIL	0 a 2				
	< 3				

8. RESULTADOS

8.1. RESULTADOS DE LA ENCUESTA EN CCP Y CSP DE CHALATENANGO

Se entrevistó a 256 mujeres mayores de 14 años de edad en seis comunidades con promotores no-gubernamentales (CCP) y 267 mujeres mayores de 14 años de edad en seis comunidades sin promotores no-gubernamentales (CSP). El número de mujeres encuestadas corresponde al 5% de la población de cada comunidad, siendo una población en total de 10.613 habitantes entre las 12 comunidades de ambas muestras.

8.1.1. DATOS POBLACIONALES

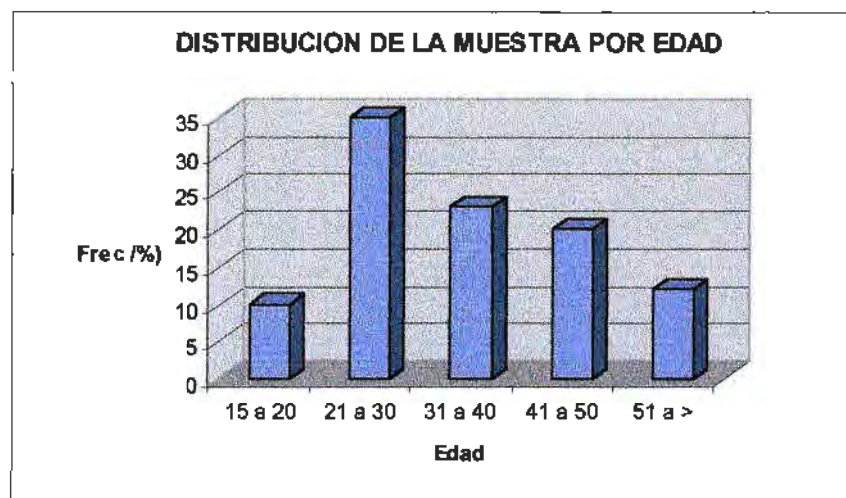
La distribución de las mujeres encuestadas según la edad, el número de hijos y el nivel escolar, no presenta diferencias significativas entre las muestras de estudio (CCP) y la muestra control (CSP). Por ello se presentará la descripción con respecto a estas variables de manera conjunta para toda la subpoblación entrevistada.

Con respecto a la *letrización* sí existe una diferencia significativa: el 83% de los hogares visitados de las CCP tienen letrinas, mientras que sólo la poseen el 67% de las casas visitadas en las CSP. Por no ser objetivo de este estudio, no fueron investigados los factores influyentes en la letrización.

En la distribución de mujeres encuestadas según la *edad* se observa la mayor

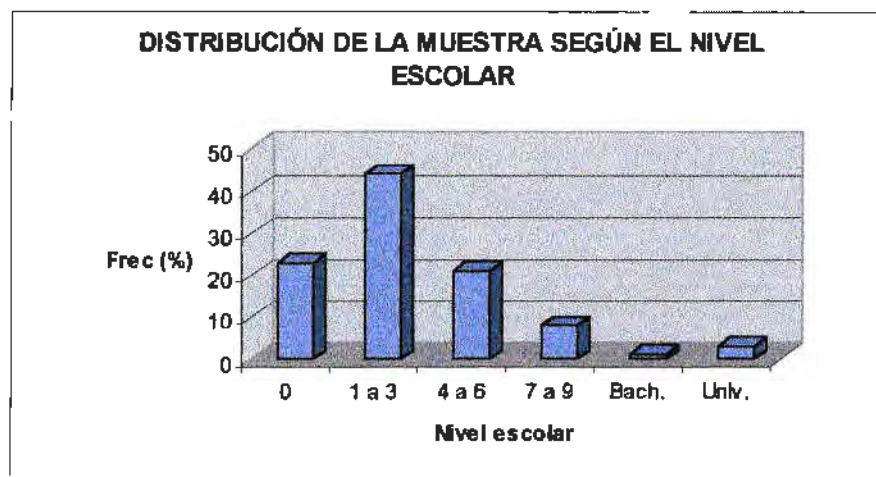
frecuencia en el grupo etario de 21 a 30 años, alcanzando el 10%; el grupo de menor frecuencia (35%) está representado por las mujeres de 15 a 20 años, y aproximadamente un tercio de la muestra corresponde a las mujeres de más de 40 años. (*Anexos C, T. 1a*)

Gráfico 1



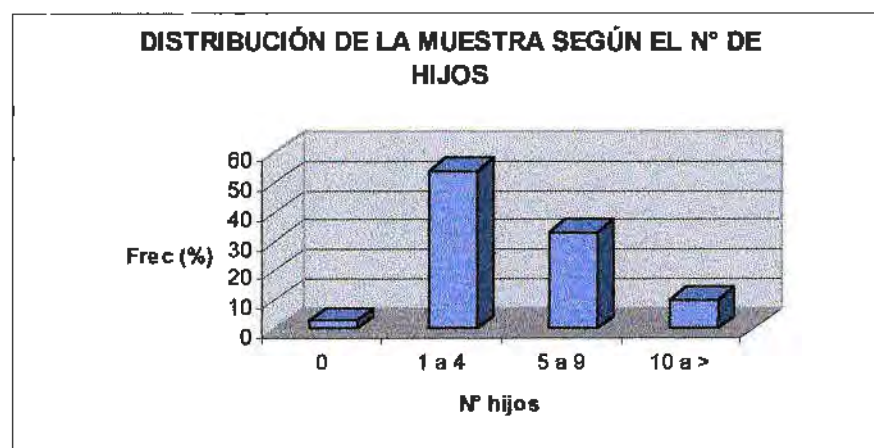
En cuanto a la distribución según *el nivel escolar* se observa que la mayor frecuencia (44%) corresponde a un nivel entre 1er y 3er grado, existiendo un 24% de las entrevistadas que no han cursado ningún grado escolar. Un 29% - *aproximadamente un cuarto de la muestra* -ha cursado entre 4° y 9° grado, y sólo un 3 % tienen un nivel de estudios de bachillerato o superior (*Anexos C, T. 2a*)

Gráfico 2



La distribución de mujeres según el *número de hijos* muestra que la mayoría de las mujeres (54%) tienen entre 1 a 4 hijos. Sólo un 2% no tienen ningún hijo, y las mujeres que tienen 10 o más hijos alcanzan el 10% -alr del 10 %- de la subpoblación estudiada (*Anexos C, T. 3a*).

Gráfico 3



Al estudiar la relación entre *el nivel escolar y los grupos etáricos* (G. 4 y 5), se encuentran diferencias significativas entre las CCP y las CSP en el nivel alcanzado

por la mujeres mas jóvenes (15 a 20 años).

En las CSP, hay mayor porcentaje de mujeres en el grupo de menor nivel -0 a 3er grado (36%)- y en el de bachillerato (14%) que en las CCP (26% y 0 % respectivamente). Las CCP tienen entonces una mayor frecuencia de mujeres con un nivel medio de entre 4° a 9° grado (74%, frente a 50% en las CSP). (Anexos C, T. 5a y 6a)

Gráfico 4

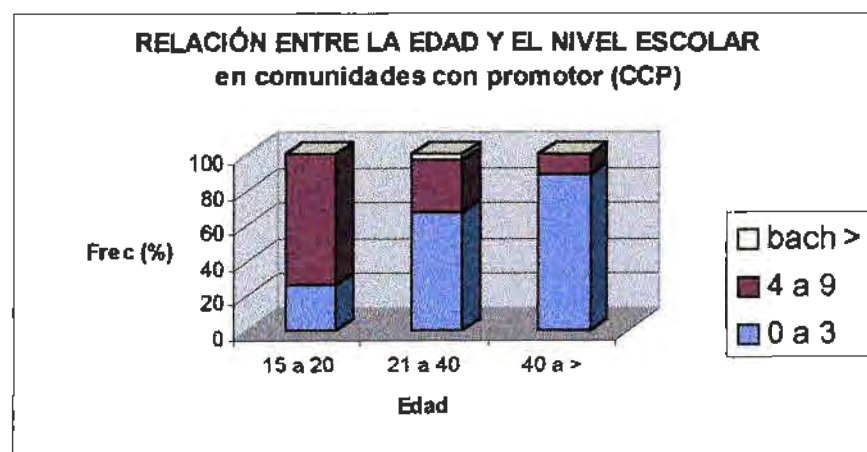
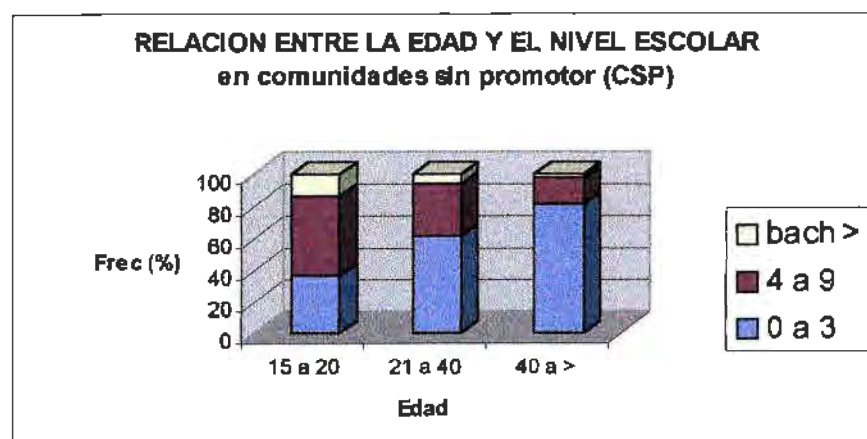


Gráfico 5



8.1.2. DESCRIPTORES DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA (CR)

I- El análisis de los conocimientos y prácticas en relación con el *tratamiento de la diarrea* revela una gran diferencia entre las comunidades de la muestra de estudio y de la muestra control. Mientras que en las CCP sólo un 5% de las respuestas corresponden a la categoría *insuficiente*, la frecuencia en esta categoría asciende al 54% en las CSP. Por otro lado, en las CCP un 83% respondió *bien* sobre el tratamiento de la diarrea, frente a un 13% en las CSP (*Anexos C, T. 9a y 10a*).

Tabla 1

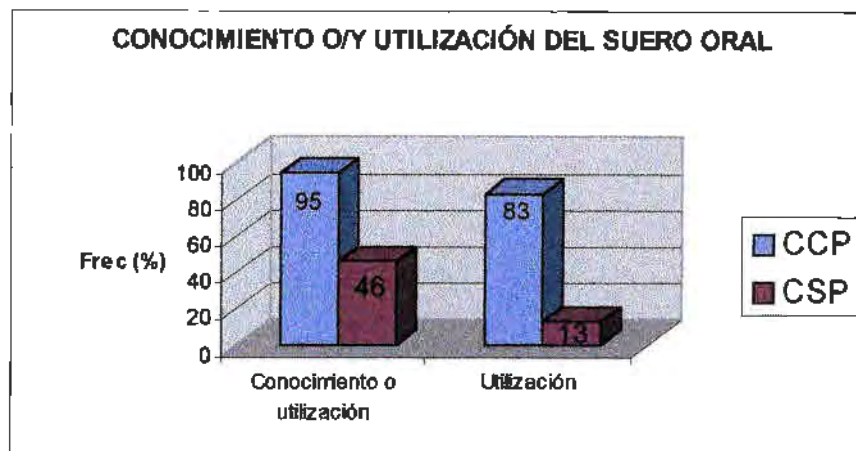
TRATAMIENTO DE LA DIARREA

Tratamiento	CCP	CSP
INSUFICIENTE	5% 13	54% 144
SUFICIENTE	12% 30	33% 88
BIEN	83% 213	13% 35
Total	100% 256	100% 267

Es de destacar que las mujeres que mencionaron conocer el Suero Oral pero utilizar en la práctica antibióticos y antidiarreicos -categoría *suficiente*-, representan el 33% en las CSP, frente a un 12% en las CCP.

Al analizar el segundo indicador de esta dimensión se obtuvo que las mujeres entrevistadas en las CCP tienen un conocimiento del suero oral significativamente mayor que en las CSP: el riesgo de no conocer el Suero Oral es 10 veces mayor en las CSP que en las CCP (*Anexos C, T. 11a y 12a*).

Gráfico 6



Asimismo, al analizar los resultados del indicador trazador *-utilización del suero oral -* se obtuvo también una gran diferencia entre las dos muestras: el riesgo de no utilizar el SO es 5 veces mayor en las CSP que en las CCP (*Anexos C, T. 13a y 14a*).

CAPACIDAD RESOLUTIVA. El análisis de la Capacidad Resolutiva (CR) por comunidad y por muestra para la dimensión *Tratamiento de la diarrea*, arrojó como resultado que las seis CCP tienen Capacidad Resolutiva, mientras que ninguna de las seis CSP la tienen.

II. El nivel de conocimiento de las *medidas preventivas para la diarrea* - segunda dimensión de la Capacidad Resolutiva- resultó entre las categorías de *bien y excelente* para las dos muestras. El desconocimiento de las medidas preventivas es mayor en CSP (27%) que en CCP (4%). Más de la mitad de las mujeres en las CCP mencionaron al menos dos aspectos de la prevención, mientras que el grupo mayoritario (38%) de las mujeres en las CSP sólo pudieron mencionar un tipo de medidas (*Anexos C, T. 17a y 18a*).

CAPACIDAD RESOLUTIVA. El análisis por comunidad reveló que tanto las seis CCP como las seis CSP tienen Capacidad Resolutiva en cuanto al conocimiento de las medidas preventivas para la diarrea.

Sin embargo, al analizar el segundo indicador de esta dimensión (Gráfico 7) observamos diferencias significativas entre las dos muestras, ya que el porcentaje de individuos que no poseen conocimientos sobre las medidas preventivas es casi 7 veces mayor en las CSP que en las CCP (Anexos C, T. 19a, 20a, 21a)

Gráfico 7

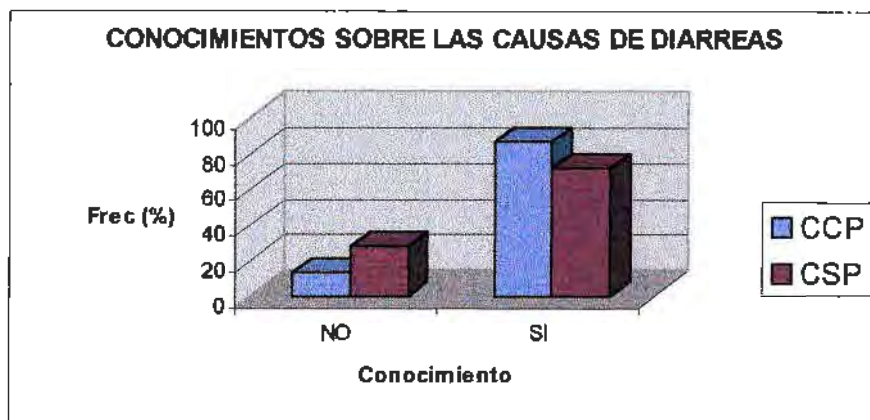


III. El nivel de *conocimiento de las causas la diarrea* en las comunidades de ambas muestras resultó satisfactorio. Sólo un 13% de las respuestas en CCP y un 28% en CSP mostraron un desconocimiento de las causas reales. La mayoría de las mujeres (57% en CCP y 66% en CSP) relacionaron la diarrea con suciedad, moscas y mala comida; la proporción de mujeres que sabían las causas científicas alcanzó el 30% en las CCP, y fue solo del 6% en las CSP (6%). (Anexos C, T. 22a y 23a)

CAPACIDAD RESOLUTIVA. Tanto las seis CCP como las seis CSP mostraron tener Capacidad Resolutiva en cuanto al conocimiento de las causas de la diarrea. Pero según el segundo indicador de esta dimensión (Gráfico 8) aparecen diferencias

significativas entre las dos muestras: el porcentaje de entrevistadas que no tienen conocimientos sobre las causas de la diarrea es el doble en las CSP que en las CCP.

Gráfico 8



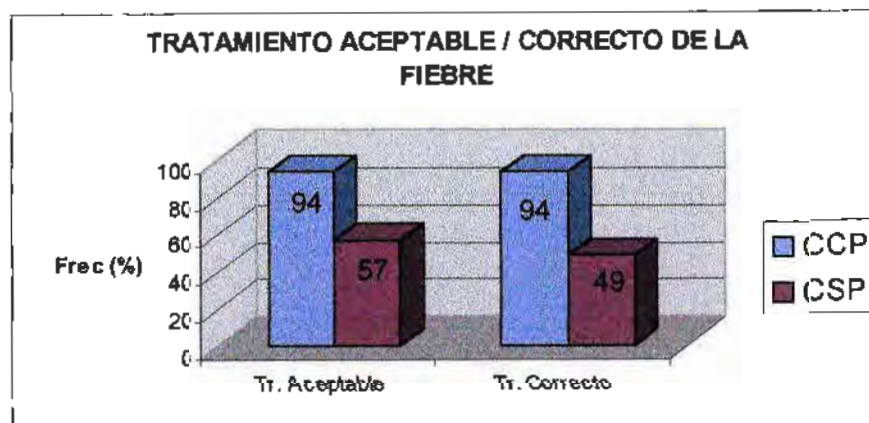
IV. En cuanto a la calidad del *tratamiento de la fiebre*, en las CCP se obtuvo que *resultó* la mayoría el 84% se encontraba entre las categorías ‘muy bien’ y ‘excelente’. El 29% manifestó utilizar medios físicos y antipiréticos (Acetaminofen), mientras que el 65% administraban líquidos además de seguir el tratamiento anterior. Solo un 6% adoptaban métodos erróneos como administrar antibióticos o arropar más al niño.

La calidad del tratamiento en las CSP resultó más variada: casi la mitad (51%) de las mujeres encuestadas utilizan métodos erróneos, un 8% de ellas conocen medios físicos y sin embargo aplican inyecciones de Resochin o Dipirona, tomando en cuenta el 8% que conocen los medios físicos y el 49% que alcanzaron las categorías ‘muy bien’ y ‘excelente’ las CSP tuvieron CR; descartando el 8% y valorando sólo el tratamiento correcto (49%) las CSP no alcanzan tener CR.

CAPACIDAD RESOLUTIVA. En el análisis por comunidad y por muestra se obtuvo que las seis CCP y solo dos CSP presentan Capacidad Resolutiva en cuanto al tratamiento correcto de la fiebre.

Al comparar las dos muestras en cuanto al indicador trazador de esta dimensión *-tratamiento correcto-* se encontraron diferencias significativas: la frecuencia de individuos que no aplican el tratamiento correcto para la fiebre es 9 veces mayor en las CSP que en las CCP (Anexos C, T. 29a, 30a, 31a, 32a, 33a, 34a)

Gráfico 9



8.1.3. RELACION ENTRE LOS DESCRIPTORES DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA (CR) Y LOS DESCRIPTORES DEMOGRAFICOS

Al analizar la relación existente entre las cuatro descriptores de la Capacidad Resolutiva y las variables demográficas -variables independientes- se obtuvieron los siguientes resultados.

I **En las CCP** se observó que ni la edad, ni el nivel escolar ni el número de hijos de las mujeres encuestadas tienen influencia significativa sobre la utilización del suero oral, el conocimiento de las medidas preventivas de la diarrea, el conocimiento de las causas de la diarrea y el tratamiento correcto de la fiebre. Tampoco se encontró asociación entre la existencia de letrina en la vivienda y los conocimientos sobre causas y prevención de las diarreas. (Anexos C, T. 35a – 48a).

Tabla 2

DESCRIPTORES DE LA C.R. SEGÚN GRUPOS ETARIOS en CCP

EDAD	Utilización SO	Conocimiento Prevención diarrea	Conocimiento causas diarrea	Tratamiento correcto de la fiebre
15 a 20	84%	100%	84%	90%
21 a 40	82%	97%	87%	94%
41 a >	86%	94%	87%	96%

Tabla 3
DESCRIPTORES DE LA C.R. SEGÚN NIVEL ESCOLAR en CCP

NIVEL ESCOLAR	Utilización SO	Conocimiento prevención diarrea	Conocimiento causas diarrea	Tratamiento correcto de la fiebre
0 a 3	84%	96%	86%	94%
4 a >	83%	96%	89%	95%

Las Tablas 2 y 3 muestran que ni siquiera se observa un predominio de alguno de los grupos de edad o de nivel escolar en cuanto a un mayor porcentaje general de conocimientos y prácticas correctas.

II-En las CSP sí se observan una influencia de los descriptores demográficas sobre los indicadores que representan las dimensiones de la Capacidad Resolutiva. (Anexos C, T. 35a - 48a).

Tanto la edad como el número de hijos de las mujeres entrevistadas influyen en la *utilización del suero oral*, no afectando a los otros tres descriptores de la Capacidad Resolutiva.

Con respecto a la **edad** (Tabla 4), se observan diferencias significativas (considerando un valor de $p < 0,05$) entre la utilización del SO por parte de los distintos grupos etareos (Anexos C, T. 35a). El grupo que presenta mayor utilización (18%) es el de las mujeres de 21 a 40 años, siendo tres veces menor (6%) la proporción de mujeres que utilizan el suero oral en el grupo de mayor edad.

Tabla 4

DESCRIPTORES DE LA C.R. SEGÚN GRUPOS ETAREOS en CSP .

EDAD	Utilización SO	Conocimiento Prevención diarrea	Conocimiento causas diarrea	Tratamiento correcto de la fiebre
15 a 20	9%	82%	82%	50%
21 a 40	18%	71%	71%	54%
41 a >	6%	74%	72%	40%

Con respecto al **número de hijos**, también se observan diferencias significativas definiendo un valor de $p < 0,05$. Se obtuvo que entre las mujeres con menos hijos (entre 0 y 4) hay mayor porcentaje de utilización del Suero Oral (18%) que entre las mujeres con mas de 4 hijos (7%). (Anexos C, T.37a)

El **nivel escolar** de las mujeres encuestadas resultó tener influencia en tres de las cuatro descriptores de la Capacidad Resolutiva: conocimiento de las medidas preventivas para la diarrea, conocimiento de las causas de la diarrea y tratamiento correcto de la fiebre . (Anexos C, T. 39a, 43a, 47a). No se encontró asociación entre el nivel escolar y la utilización del suero oral.

En la Tabla 5 se observa que las entrevistadas que tienen un mayor nivel escolar - 4° grado o superior- presentan un mayor conocimiento sobre las *medidas preventivas para la diarrea* . Tienen también un mayor conocimiento sobre las *causas de la diarrea*, aunque en este caso las diferencias con el grupo de menor nivel escolar son menores ($p < 0,05$). Por último, se observa que la frecuencia de mujeres que aplican el *tratamiento correcto para la fiebre* también es mayor en el grupo con una mejor preparación escolar, duplicándose el porcentaje con respecto a las mujeres de menor preparación escolar.

Tabla 5

DESCRIPTORES DE LA C.R. SEGÚN NIVEL ESCOLAR en CSP

NIVEL ESCOLAR	Utilización SO	Conocimiento Prevención diarrea	Conocimiento Causas diarrea	Tratamiento correcto de la fiebre
0 a 3	12%	66%	68%	38%
4 a >	15%	86%	80%	70%

Al estudiar la relación entre **poseer o no letrina en la vivienda** y los conocimientos sobre la diarrea, se obtuvo que existe una asociación entre la ausencia de letrina en la casa y un mayor desconocimiento de las medidas preventivas para la diarrea (Anexo C, T. 41a)

8.1.4. LA MORTALIDAD INFANTIL (MI)

Durante el año 1997, en las seis comunidades con promotor (CCP) se registraron según las autoridades 2 muertes de niños menores de un año, y según la información aportada por las entrevistadas a través de la encuesta se produjeron 3 casos (Anexos C, T. 49a, 51a y 52a). Sin embargo, dos de los casos aportados por la encuesta fueron declarados solamente por una de entre las 24 entrevistadas en una comunidad, y por una de entre 97 entrevistadas en la otra comunidad; esto hace que tales datos no resulten muy confiables.

Tabla 8

MORTALIDAD INFANTIL en CCP de CHALATENANGO durante 1997
Según la percepción de la comunidad y según las autoridades

CCP	según las Autoridades	según la Encuesta	Proporción de encuestas que aportan el dato
LOS POZOS	0	0	-
CARASQUE	0	1	1 / 24
GUARJILA	0	1	1 / 97
HAC. VIEJA	0	0	-
ZAPOTAL	2	1	23 / 68
ELLACURIA	0	0	-
total	2	3	

En las comunidades sin promotor (CSP) la población percibió un mayor número de muertes ocurridas durante el año 1997 que las registradas por las autoridades de la comunidad. La suma del promedio de niños fallecidos según las respuestas de cada comunidad es de 11 niños fallecidos menores de un año. Las autoridades registraron en total para las CSP 8 muertes infantiles para el mismo lapso de tiempo (Anexos C, T. 50a, 51a)

Tabla 9
MORTALIDAD INFANTIL EN CSP DE CHALATENANGO EN 1997
Según la percepción de la comunidad y según las autoridades

CSP	según Autoridad	según la Encuesta		Proporción encuestas que aportan datos
		rango de variación	media	
OJOS DE AGUA	1	(1-4)	2	23 / 68
SALITRE	3	(1-5)	4	8 / 27
SN. M. DE MERCEDES	1	(1-8)	2	17 / 44
POTONICO	0	(1-2)	2	8 / 71
SN. A. DE LA CRUZ	2	(1)	1	3 / 27
SAN BENITO	1	(1-3)	1	7 / 30
total	8		11	

8.2. MORAZÁN

Se entrevistó a 256 mujeres mayores de 14 años de edad en siete comunidades que cuentan con promotores de salud no gubernamentales (CCP), con una población cubierta de 5125 habitantes. En las comunidades sin promotor (CSP) fueron entrevistadas 256 mujeres mayores de 14 años de edad, ubicadas en tres comunidades con un población total de 5100 habitantes.

El número de mujeres encuestadas corresponde al 5 % de la población total, que es de 10,225 habitantes para las diez comunidades de ambas muestras.

8.2.1. DATOS POBLACIONALES

La distribución de las mujeres entrevistadas no presenta diferencias significativas entre las muestras de CCP y de CSP en cuanto a la edad y al número de hijos, pero sí existen diferencias en relación con el nivel escolar y la posesión de letрина:

Con respecto a la **edad**, presenta la mayor frecuencia el grupo comprendido entre los 21 y 30 años de edad (38%), correspondiendo la menor frecuencia a las mujeres de más de 50 años (11%). (*Anexos C, T. 1b*).

En cuanto al **nivel escolar** se observan diferencias significativas entre ambas muestras, existiendo un nivel educativo mucho menor en las CCP. Estas comunidades tienen mayor frecuencia de individuos en los grupos de analfabetismo y de 1er a 3er grado, mientras que en las CSP la frecuencia de los niveles escolares a partir de 4º grado es mayor que en las CCP. (*Anexos C, T. 2b*).

Con respecto al **número de hijos**, resulta mayoritario el grupo de mujeres que tienen o cuidan entre 1 y 4 hijos (63%); las mujeres con más de 9 hijos representan el

6% de la muestra. Aunque no existen diferencias significativas entre las dos muestras para un valor de $p < 0,01$ (pero sí al considerar $p < 0,05$), se observa que hay más mujeres en las CSP que tienen de 1 a 4 hijos (68%, frente a 59% en la CCP), mientras que en las CCP hay más mujeres con 5 a 9 hijos (34% frente a 27% en las CSP). (*Anexos C, T. 3b*).

En las CSP, la proporción de entrevistadas que posee **letrina** en la vivienda representa el 60 % de la muestra, en contraste con el 40 % que la poseen en las CCP (*Anexos C, T. 4b*).

Al estudiar la relación entre el nivel escolar y la edad de las mujeres entrevistadas se observaron también diferencias entre ambas muestras. En las CCP, las mujeres de edad comprendida entre 15 y 30 años tienen predominantemente un nivel de 1er a 3er grado, y a partir de los 30 años la mayor frecuencia corresponde al grupo de analfabetismo. En las CSP sin embargo las mujeres más jóvenes -15 a 20 años- alcanzan la mayor frecuencia en los niveles de 7° a 9° grado; la tendencia general es a una disminución de la preparación educativa con la edad, excepto en el grupo de 41 a 50 años donde un tercio de las mujeres presenta un nivel de 4° a 6° grado. (*Anexos C, T. 5b y 6b*)

Al relacionar el número de hijos con la edad se observó la misma tendencia en ambas muestras: las mujeres de edad entre 15 y 30 años tienen predominantemente de 1 a 4 hijos, mientras que en las mujeres de más de 30 años es mayoritario el grupo con 5 a 9 hijos. (*Anexos C, T. 7b y 8b*).

8.2.2. DESCRIPTORES DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA (CR)

I. Con respecto al análisis de conocimientos y practicas en el **tratamiento de diarreas** (*Anexos C, T.9b y 10b*) se observa que las categorías de *suficiente* y *bien* son mas numerosas en las CCP (76%) que en las CSP (67%), lo cual significa que hay mayor porcentaje de conocimiento y de utilización del suero oral en las CCP, mientras que la categoría *insuficiente* -aquellas que siguen utilizando antidiarreicos u otras curas-, alcanza mayor frecuencia en las CSP.

Al analizar los otros dos indicadores de esta dimensión se obtuvo que no existen diferencias significativas entre las muestras en cuanto a la utilización del SO, pero sí una leve diferencia (significativa para $p < 0,05$) entre conocer o no la existencia del suero oral como tratamiento correcto para la diarrea, siendo mayor el conocimiento en las CCP.

CAPACIDAD RESOLUTIVA. Tanto las siete CCP como las tres CSP presentaron tener capacidad resolutive en cuanto al tratamiento de las diarreas. No obstante, la proporción de mujeres que no utilizan el suero oral es muy elevada en ambas muestras (34% en CCP y 39% en CSP)

II. Al analizar el nivel de conocimiento de las **medidas preventivas para la diarrea** se obtuvo que en ambas muestras la mayoría de los individuos se encuentran en la categoría denominada *muy bien* (55% en CSP y 58% en CCP), lo que significa que más de la mitad de las entrevistadas pudieron mencionar al menos dos aspectos para la prevención de la diarrea. Las menores frecuencias (menos del 10%) corresponden a las mujeres que no pudieron mencionar ninguna medida preventiva -*insuficiente*-, y a aquellas que lograron mencionar tres -*excelente*- (*Anexos C, T.17b-18b*)

Con respecto al segundo indicador de la dimensión se observa que existen diferencias significativas entre las muestras: de las mujeres que no pudieron mencionar ni una sola medida preventiva, el 80 % corresponden a las CCP y el 20 % a las CSP. (*Anexos C, T.19b-21b*)

CAPACIDAD RESOLUTIVA. En el análisis por comunidad y por muestra se obtuvo que todas las comunidades de ambas muestras tienen capacidad resolutive, aunque hay que tener en cuenta que el desconocimiento de las medidas preventivas es cuatro veces mayor en las CCP.

III. El nivel de conocimiento sobre las **causas de la diarrea** resultó satisfactorio en ambas muestras, ya que el 82% en las CCP y el 91% en las CSP relacionaron la diarrea con factores como suciedad, moscas, etc. -categoría *bien*-. En las CCP se observa una mayor variación en el nivel de conocimientos, ya que en esta muestra tanto el grupo que conocía las causas científicas -bacterias, parásitos-, como el grupo opuesto que desconocía totalmente las causas reales, tuvieron mayor frecuencia que en las CSP. (*Anexos C, T.22b-23b*)

No obstante, al comparar las dos muestras en cuanto al desconocimiento total de las causas de la diarrea -causas científicas o factores relacionados, segundo indicador de la dimensión- no se encontraron diferencias significativas entre CCP y CSP. (*Anexos C, T.24b-26b*)

CAPACIDAD RESOLUTIVA. En el análisis por comunidades se obtuvo que las 7 CCP y las 3 CSP tienen capacidad resolutive para el conocimiento de las causas de la diarrea.

IV. La calidad del **tratamiento de la fiebre** en niños pequeños resultó altamente deficitaria en ambas muestras: tanto en CCP como en CSP más de la mitad de las

entrevistadas (53% y 55% respectivamente) siguen utilizando medidas erróneas como inyecciones, antibióticos o arropar más al niño (categoría *mal*). La proporción de individuos cuya calidad del tratamiento fue catalogada como *muy bien* -uso de medios físicos y líquidos- resultó ligeramente mayor en las CSP (8%, frente a 2% en las CCP). (*Anexos C, T.27b-28b*)

No aparecieron diferencias significativas entre las dos muestras en cuanto al tratamiento aceptable o correcto de la fiebre. (*Anexos C, T.29b-34b*)

CAPACIDAD RESOLUTIVA. Con respecto a esta dimensión se obtuvo que 4 de las 7 CCP y 1 de las 3 CSP mostraron tener capacidad resolutive, aunque al considerar en conjunto dentro de cada muestra el porcentaje de mujeres que aplican el tratamiento correcto, ni en las CCP ni en las CSP se alcanzó el 50%.

6.2.3. RELACIÓN ENTRE DESCRIPTORES DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA (CR) Y LOS DESCRIPTORES DEMOGRAFICOS

Al analizar la relación existente entre los cuatro descriptores de la Capacidad Resolutiva y los descriptores demográficas -descriptores independientes- se obtuvieron los siguientes resultados (*Anexos C, T. 3b5-48b*)

Tanto en las CCP como en las CSP se observó que el nivel escolar de las entrevistadas su número de hijos no tenía ninguna influencia sobre cualquiera de los cuatro descriptores de la CR. Tampoco se observó asociación entre poseer letrina en la vivienda y tener un mayor o menor conocimiento de las medidas preventivas o de las causas de la diarrea.

Se encontró sin embargo una cierta influencia de la edad de las entrevistadas en

algunos descriptores de la CR.

En las **CCP** sólo se observan diferencias significativas (considerando un valor de $p < 0,05$) entre los distintos grupos etarios en cuanto a la *utilización del suero oral*. Los grupos de 15 a 20 años y de 21 a 40 tienen frecuencias similares (72% y 70% respectivamente), superiores al grupo de más de 41 años (51%). (*Anexo C, T 35b*)

En las **CSP** se observó influencia de la edad en la utilización del suero oral ($p < 0,05$) y en el conocimiento de las medidas preventivas para la diarrea ($p < 0,01$). En cuanto a la *utilización del suero oral*, se obtuvo que la menor frecuencia de utilización (47%) correspondía al grupo más joven -15 a 20 años-, destacando por su mayor frecuencia de utilización (68%) las mujeres de 21 a 40 años. Con respecto al *conocimiento de las medidas preventivas*, estadísticamente resultó significativa la diferencia entre el grupo con mayor conocimiento - las mujeres de 21 a 40 años, 100%- y el grupo con el menor nivel de conocimiento -las mujeres de 15 a 20 años, 91%. (*Anexo C, T 38b*)

8.2.4. MORTALIDAD INFANTIL EN MORAZÁN

Para determinar la mortalidad infantil en niños (as) menores de un año en las CCP se ha recurrido a los datos proporcionados por las mujeres encuestadas, los registros del sistema de información de la ONG. En las CSP se ha recurrido a los datos proporcionados por las respectivas unidades de salud del MSPAS y alcaldías, así como a los proporcionados por las mujeres mayores de 14 años a través de las encuestas.

-1 MUESTRA CCP.

ONG	ENCUESTAS
-1 (5m) diarrea	2 La laguna
-1 (6m) diarrea	2 La joya
- 1 (3d) prematurez	1 Sn. Dieguito
- 1 (8m) ¿	1 Mons. Romero
Total = 4	Total = 6

-2 MUESTRA CSP.

ENCUESTAS	U.d S/JALCALDIA.
- 4 Perquín	-1 (4m) PCR
- 2 Sn. Fernando	-1 (4m) IRA
Total = 6	-1 (6m) EDA
	-1 (4m) EDA
	Total = 4

8.3. CAPACIDAD RESOLUTIVA (CR) DE LAS MUESTRAS EN CHALATENANGO Y MORAZAN

Para definir la existencia o no de CR en una comunidad se han utilizado cuatro indicadores, correspondientes a los cuatro descriptores contemplados para la CR. A continuación se presentan las frecuencias obtenidas por muestra y por departamento para cada uno de estos cuatro indicadores.

Tabla 6

C.R. según el Indicador en CCP y CSP en Chalatenango y Morazán

INDICADOR	CHALATENANGO		MORAZAN	
	CCP	CSP	CCP	CSP
Utilización del suero oral	83 %	13 %	66 %	61 %
Conocimiento sobre prevención de diarrea	96 %	73 %	91 %	98 %
Conocimiento sobre las causas de diarrea	87 %	72 %	88 %	93 %
Tratamiento correcto de la fiebre	94 %	49 %	47 %	44%

La Tabla 7 muestra la distribución de comunidades que resultaron tener Capacidad Resolutiva, por muestra y por departamento.

Tabla 7
C.R. de comunidades en Chalatenango y Morazán

DIMENSION	CR	CHALATENANGO		MORAZAN	
		CCP	CSP	CCP	CSP
I. Tratamiento correcto de Diarrea	SI	6	0	7 / 7	3 / 3
	NO	0	6	0	0
II. Conocimiento sobre Prevención de diarrea	SI	6	6	7 / 7	3 / 3
	NO	0	0	0	0
III. Conocimiento sobre las Causas de diarrea	SI	6	6	7 / 7	3 / 3
	NO	0	0	0	0
IV. Tratamiento correcto de la fiebre	SI	6	2	4 / 7	1 / 3
	NO	0	4	3 / 7	2 / 3

Para calcular el valor de Capacidad Resolutiva global de cada una de las muestras, ponderando la importancia de los distintos descriptores, se había establecido la siguiente fórmula (ver *Diseño metodológico*):

$$\text{valor de CR} = (2 \times \text{I}) + \text{II} + \text{III} + (2 \times \text{IV})$$

Aplicando esta fórmula obtenemos los siguientes resultados para cada una de las muestras:

- Departamento de CHALATENANGO:

	Valor de CR de la muestra	Valor máximo	% de CR de la muestra
CCP	$(2 \times 6) + (6) + (6) + (2 \times 6) = 36$	36	$36 / 36 = 100 \%$
CSP	$(2 \times 0) + (6) + (6) + (2 \times 2) = 16$	36	$16 / 36 = 44 \%$

Observamos que en Chalatenango la muestra constituida por las comunidades con promotor (CCP) -muestra de estudio- presenta un 100 % de Capacidad Resolutiva, mientras que la muestra constituida por las comunidades sin promotor -muestra control- sólo alcanza un 44 % de Capacidad Resolutiva.

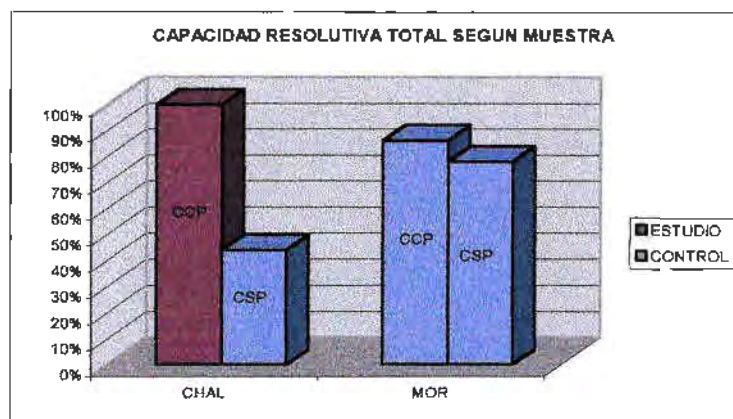
- Departamento de MORAZÁN:

	Valor de CR de la muestra	Valor máximo	% de CR de la muestra
CCP	$(2 \times 7) + (7) + (7) + (2 \times 4) = 42$	42	$36 / 42 = 86 \%$
CSP	$(2 \times 3) + (3) + (3) + (2 \times 1) = 14$	18	$14 / 18 = 78 \%$

En el departamento de Morazán, las comunidades con promotor (CCP) alcanzaron un 86 % de Capacidad Resolutiva, frente al 78 % logrado por las comunidades sin promotor (CSP).

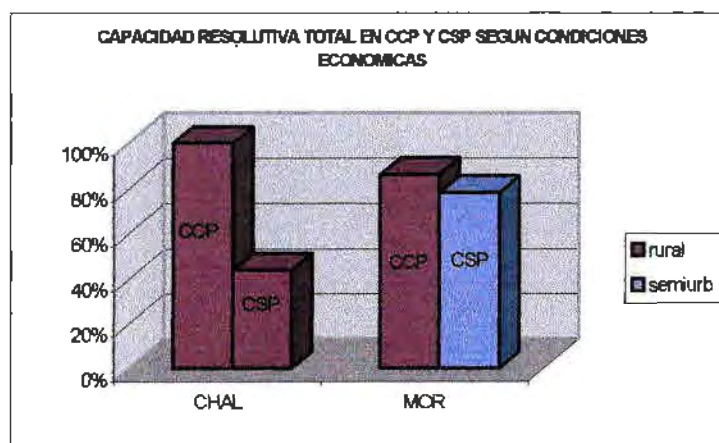
Los datos anteriores pueden resumirse en los siguientes gráficos:

Gráfico 6



Al efectuar la comparación dentro de cada departamento se observa que la diferencia entre la Capacidad Resolutiva de las dos muestras (CCP y CSP) es mucho mayor en Chalatenango que en Morazán, pero en ambos casos la diferencia resulta a favor de las CCP.

Gráfico 7



La comparación entre las CCP de los dos Departamentos muestra que las CCP de Chalatenango tiene bastante mayor capacidad que las de Morazán para resolver los problemas de salud planteados en este estudio.

Sin embargo, las CSP ubicadas en Morazán tienen una capacidad resolutive ligeramente mayor que las CSP de Chalatenango.

9. DISCUSION

En esta sección se discutirán los resultados manteniendo el orden de los objetivos específicos; se utilizarán para ello los conceptos teóricos referidos en el capítulo *Aspectos conceptuales*.

9.1. HÁBITOS SOBRE EL CONTROL DE DIARREAS DE LAS COMUNIDADES RURALES EN CHALATENANGO

9.1.1. COMUNIDADES CON PROMOTOR

El estudio de los hábitos en relación al control de las diarreas en la niñez ha demostrado que la población de las comunidades con promotores en Chalatenango utilizan en su gran mayoría el suero oral.

Desde que la Terapia de la Rehidratación Oral (TRO) se convirtió en la terapia estándar para reducir la Mortalidad Infantil por diarrea en los países en desarrollo, han sido realizadas decenas de investigaciones. La mayoría de las intervenciones efectuadas con el objetivo de controlar la diarrea, han sido evaluadas como no efectivas, no factibles o de costo elevado; esto se debe probablemente a que fueron desarrolladas sin tomar en cuenta el contexto cultural.

promote
haber con
medicinal o
suero oral

Si comparamos el resultado sobre la utilización de TRO en las CCP, que es del **83%**, con los resultados reportados internacionalmente, observamos que las CCP de nuestra muestra presentan un porcentaje de utilización mucho mas alto que el que hasta ahora ha sido documentado.

En encuestas realizadas en países subdesarrollados (UNICEF, 1992) se constató que la TRO se esta empleando en alrededor de un 40% de los casos de diarrea en menores de 5 años. Una investigación en Honduras (DECLERQUE. J. 1992) que estudió 511 madres de niños menores de 5 años con diarrea mostró que sólo el **17%** de las madres utilizaban TRO, el 22% acudía a la consulta médica y un 74% se automedicaba.

¿Cómo se puede interpretar el alto grado de utilización del TRO en las CCP objeto de estudio? ¿Qué factores pueden haber condicionado este cambio de hábitos en las mujeres de las CCP?

La pobreza y la falta de servicios básicos en estas comunidades rurales impiden que las familias pueden evitar las diarreas. Sin embargo, factores como la participación social, la equidad, la integralidad en la atención al paciente, la accesibilidad del promotor y su aceptación por parte de la población, son de gran importancia para lograr el control de la diarrea.

La percepción de la gravedad del niño en relación con la deshidratación, es predictiva para la utilización de TRO. Una mujer encuestada manifestaba (Entrevista: Los Pozos):

„Antes hemos dado Yodochlorina y Intestomicina y muchos niños han muerto. Don Filito (promotor) dijo que los niños mueren por falta de líquidos y sal y nos enseñó como preparar el suero oral.

Desde hace años no ha muerto ningún niño de diarrea ni de una infección. “

Yoder, P.S.(1) confirmó lo anterior con una investigación realizada en 6 países de Asia y Africa, donde la percepción de la gente sobre los síntomas fue un indicador mucho más relevante que los factores geográficos y ecológicos, el acceso a servicios de salud, nivel educacional , recursos financieros o densidad poblacional,

Los promotores de estas comunidades, como resultado de sus actividades educativas, son capaces ya de percibir los cambios en los hábitos de la población. Una promotora (*AnexoDI.MH 5.9.*) manifestaba:

„... uno como promotor eleva los conocimientos de la gente y la educa para que ellos mismos usen esos conocimientos para su propio beneficio y eso vemos con hechos concretos; hoy ya no hay niños que mueren por desnutrición, deshidratación, la gente sabe como evitar estos casos graves.....“

Los promotores se encuentran dentro de la tradición y comparten la cultura de su comunidad; sin embargo, tienen elementos nuevos que les permiten corregir algunas creencias que perjudican la salud (*Anexo DI. MH 5.12.*).

„...los casos diarreicos han bajado, la gente sabe que hacer. Nosotros no combatimos directamente las creencias, no les dijimos: ‘No lo lleve al curandero’ Si la gente cree, que lo lleve el niño al curandero pero le decimos que no dejen de darle suero. Al principio la gente pensaba gracias al curandero el niño se curó. Hoy la gente se convenció que es el suero que cura la mayoría de las diarreas“

La experiencia de la guerra paradójicamente favoreció los nuevos conocimientos y hábitos en relación al control de las diarreas en los niños: la ausencia de los servicios básicos, el sumamente difícil y peligroso acceso a la medicina química, tuvieron como consecuencia que la gente reactivara el saber popular sobre los remedios caseros y plantas medicinales probara nuevas recetas y aumentara su disposición para aprender, experimentar y cambiar hábitos en poco tiempo.

Para el éxito en el control de la diarrea es importante la confianza y seguridad en sí mismas que las madres de las comunidades tienen en relación al manejo del TRO en su propia casa. WERNER, D.(2) menciona el ejemplo de Zimbabwe, que fue uno de los pocos países pobres que rechazó las recomendaciones de OMS/UNICIF sobre las bolsas fabricadas de SO y propagó un programa para la preparación mixta casera de SO. La OMS tuvo que reconocer el gran éxito sorprendente del programa.

9.1.2. COMUNIDADES SIN PROMOTOR (CSP)

En estas comunidades, un alto porcentaje de la gente conoce la existencia del SO pero no lo utilizan; no hay en este caso un cambio de actitud/hábito. En las entrevistas realizadas en Ojos de Agua (Chalatenango) una mujer respondía:

Cuando el niño tiene diarrea compro Intestomicina y doy horchata de montes y cuando no se cura lo llevo a la clínica donde el medico o la enfermera le dan suero oral.

Un argumento sociocultural es que los campesinos pobres mantienen una cultura de automedicación como elemento importante de la medicina popular. La medicina popular es una mezcla de medicina autóctona con elementos de medicina química

adulterada, correspondiendo a la culta *ajenada-apropiada* según la clasificación de Guillermo Bonfil Batalla.

Para el personal del MSPAS, que está caracterizado por una ideología elitista y biologicista, no sorprende que el médico en el año social no confie en sus clientes, por que son ignorantes. Por ejemplo, en la tesis de un estudiante que hizo una investigación sobre el comportamiento acerca de la diarrea de pacientes y personal de una Unidad de Salud en una comunidad de Chalatenango (3), se lee:

„..... la unidad de salud hace campañas de visitas domiciliarias para que las madres lleven sus hijos inmediatamente a la clínica cuando tengan diarrea.“

Según Kroeger (4), por falta de participación comunitaria en el proyecto de salud la comunidad rechaza esta modalidad del servicio, donde prevalecen actitudes autoritarias o burocráticas de las instituciones de salud.

9.2. CONOCIMIENTOS SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS Y CAUSAS DE DIARREAS EN CCP Y CSP EN CHALATENANGO

En las CCP existe un nivel de conocimiento integral alrededor de las causas, medidas preventivas y tratamiento adecuado de las diarreas, a pesar de que los promotores tuvieron que practicar forzosamente un tipo de medicina básicamente curativa durante el proceso de la guerra. Sin embargo, siempre aplicaron sus conocimientos en base a un concepto integral, ya que sólo así se explica el alto grado de conocimiento de las medidas preventivas y de las causas de la diarrea; de este modo se

facilitaba el conocimiento y comprensión de los factores de riesgo para poder actuar en la resolución de los problemas.

Por otro lado, los resultados indican que en las CSP existen factores como el nivel escolar que influyen en este nivel de conocimientos de las causas y las medidas preventivas, mientras que en las CCP no se encuentra este tipo de influencia.

En un estudio de cohorte realizado en Brasil (1992) se encontró una asociación entre el bajo o ningún nivel escolar de las madres y la muerte infantil provocada por las diarreas y otras enfermedades infecciosas. Los resultados de esa investigación refuerzan la posición sostenida por la mayoría del sector profesional médico, de que el nivel escolar y la edad entre otros factores, influyen en el nivel de conocimientos y en el cambio de actitudes y prácticas. Estos resultados coinciden con los obtenidos en la muestra correspondiente a las CSP.

Sin embargo, la ausencia de influencia de estos factores en las CCP nos hace considerar que la presencia del promotor ejerce un efecto homogenizador sobre la población, lo cual incide positivamente en la CR de la comunidad.

9.3. PRÁCTICAS SOBRE EL CONTROL DE LAS FIEBRES EN LA NIÑEZ EN CCP Y CSP EN CHALATENANGO

Los resultados indican que en las CCP el 94 % de las mujeres encuestadas tiene el hábito de emplear lienzos tibios, desenvolver al niño, utilizar una suspensión de antipiréticos (*Acetaminofen*) y ofrecer muchos líquidos, para el tratamiento de la fiebre. Esto significa que en estas comunidades se adquirieron nuevas prácticas de tratamiento. Este es un indicador relevante que refleja que existe un cambio sustancial a nivel de conocimientos, actitudes y prácticas, en una comunidad que es capaz de adquirirlos gracias a la presencia del promotor de salud. Una promotora da un ejemplo sobre como

la gente experimenta los cambios (*Anexo DI.MH 4.7.*):

„En estos días de una bichita pequeñina que estaba gravemente enferma, decían que era ojeada. Yo les dije que si creían que era ojo que hicieran la cura que crean conveniente. Yo me fui a la casa. La curaron y no mejoró. A las 9 de la noche llega la mamá a la casa: „Mire, Angela, la niña no esta mejor. Si quiere que venga y la mire „. Vine a verla la niña en la casa que tenía 22 meses y estaba delirando de la gran calentura y hablaba dibarrillo de la gran calentura. Con agua tibia para no chocar al cuerpo hirviente pusimos trapos mojados y Acetaminofen y al rato le bajó la calentura.“

El hecho de romper con el concepto místico-mágico de la fiebre (el calor se combate con calor), se puede interpretar como que esta población ha logrado comprender el riesgo existente para la salud de sus hijos al seguir con el tratamiento tradicional.

La sustentabilidad de nuevos conocimientos, actitudes y practicas con respecto al uso de los medios físicos para el tratamiento de la fiebre, está relacionada –al igual que el tratamiento de la diarrea- con el factor tiempo. En las CCP, los promotores han estado ejerciendo durante muchos años sus actividades sanitarias con la población a la que atienden actualmente, una vez finalizado el conflicto militar.

En las comunidades sin promotor, ni la mitad de las mujeres practican el tratamiento correcto de las fiebres. Se supone que en estas comunidades no se han realizado campañas para el control de la fiebre similares a las efectuadas sobre el uso del suero oral. Además, el control de la fiebre requiere la conciencia de las madres sobre la fiebre como síntoma de alto riesgo, para que estas madres modifiquen su concepto

proveniente de la cultura popular (lo caliente se combate con caliente). Para el Ministerio en esto radicaría la dificultad, por que este proceso no se puede vender como las bolsas prefabricadas de TRO, y por tanto no hay patrocinadores que financien las campañas.

El 8 % de las mujeres de las CSP conocen las medidas adecuadas pero utilizan las inyecciones (*Resochín, Dipirona*) en los niños menores de 5 años de forma automedicada. Esto puede deberse a la influencia del modelo medicalizado impulsado por los médicos alrededor del uso de las inyecciones como un tratamiento correcto a las enfermedades, obviando en muchos hospitales y unidades de salud el uso de las medidas físicas o de los medios caseros tradicionales. La potenciación de este modelo está relacionada con la concepción de los médicos sobre el prestigio y el status del profesional.

El promotor reacciona a las necesidades inherentes a la comunidad no sólo cuando son un problema publico, sino también cuando se trata de problemas individuales; éstos le preocupan aun más porque tienen nombre y apellido y se sienten más cercanos. La estrecha relación social que mantiene el promotor con el resto de la comunidad y su acercamiento a la individualidad de cada persona hacen que transmita sus conocimientos de forma adaptada al individuo. De este modo actúa el promotor como factor homogenizador dentro de la comunidad. Sin embargo, el MSPAS es por naturaleza menos flexible y vela por *la salud de la mayoría* y por los factores de riesgo para la salud pública.

La edad de las mujeres de CCP no influye en su mayor o menor susceptibilidad a los cambios. Esto puede deberse a varios factores: Por un lado, está el papel del promotor como factor homogenizador arriba mencionado. Por otro, estas comunidades

tienen promotores que llevan trabajando más de 15 años; se supone que las mujeres que hoy son mayores de 51 años, adquirieron sus conocimientos cuando eran mas jóvenes y tenían niños pequeños.

El efecto de *snowball* en el proceso de cambios en el individuo, por el cual los nuevos hábitos de unas mujeres provocan y estimulan cambios en otras, tiene mayor impacto en comunidades organizadas donde existe una red de comunicación y de confianza mutua.

9.4. LA MORTALIDAD INFANTIL DURANTE EL AÑO 1997 EN CCP Y CSP DE CHALATENANGO

La mortalidad infantil es un indicador internacionalmente reconocido para medir el impacto de las condiciones socioeconómicas de la familia y de la comunidad, así como de los programas de salud. La tasa de mortalidad infantil (TMI) se define como el número de óbitos de menores de un año en relación al número total de nacidos vivos durante dicho año, por mil.

Nuestro estudio de la mortalidad infantil no llega a definir una TMI porque no está diseñado para este intervalo de tiempo ni tamaño muestral. Sin embargo, los datos obtenidos en cuanto a la percepción de la población sobre el número de niños menores de un año fallecidos durante el año 1997, resultan valiosos porque nos permiten establecer una relación entre la percepción de la MI y la conciencia y capacidad de la madre para asegurar la supervivencia de su hijo .

La recopilación de los datos oficiales sobre la MI encontró dificultades, ya que no existen registros verídicos sobre defunciones y nacimientos en los últimos 5 años,

que son las bases para definir la TMI. Los registros oficiales de las alcaldías no tenían anotado ningún muerto infantil. Hay varias razones que explican este fenómeno:

- Existe un reglamento por el cual sólo las parteras autorizadas pueden dar un certificado para asentar a un niño recién nacido. Muchos niños todavía nacen en las casas con la asistencia de una partera empírica. A los niños que mueren y sin estar registrados no se les expide el certificado de defunción.
- La Unidades de Salud y Hospitales declaran únicamente a los niños que fallecen durante el tratamiento por la institución.

En esta investigación se han considerado fiables los datos oficiales recogidos por medio de entrevistas a las autoridades locales como alcaldes, directivos, párrocos y promotores, por el hecho de que las distintas autoridades de una misma comunidad coincidían al proporcionar el mismo número de muertes infantiles.

A través de las percepciones de una población, que son parte y expresión del proceso cultural, se logran apreciar los cambios ocurridos con respecto a los conceptos salud - enfermedad.

La percepción de una nula o baja mortalidad infantil significa que la población tiene conciencia sobre la evitabilidad de la muerte de los niños. Esto significa que ha tenido lugar un cambio cultural en el que la muerte infantil ya no es percibida como un fenómeno natural. La población, y específicamente las madres, han adquirido conocimientos y habilidades para evitar la muerte de los niños

La percepción de una mortalidad alta se puede interpretar en el sentido de que la comunidad se mantiene en la tradición de la impotencia frente a la pobreza, considerando la muerte de niños como fenómeno natural.

La población de **CCP en Chalatenango** ha percibido un cambio en la MI, observando que los niños ya no mueren como antes. Esto significa que existe una

conciencia sobre las causas de las muertes y sobre la capacidad de evitarlas.

MH 4.13 *Desde hace años ya no ha muerto ningún niño.*

E L.P. *Los niños ya no se enferman de diarreas como antes. No me recuerdo cuando fue que murió un niño por descuido, de malformación, si eso era hace 3 años de Don....*

Sin embargo, las madres de las **CSP de Chalatenango** perciben una muy alta MI en sus comunidades. Esto evidencia que no ha habido cambios en los hábitos culturales con respecto al proceso salud - enfermedad.

La comparación entre los datos oficiales sobre la mortalidad infantil y la cantidad de muertes percibidas por la población de una comunidad, puede interpretarse del siguiente modo:

La percepción de la población sobre la ausencia de muertos menores de un año en las CCP, coincide con la información proporcionada por las autoridades de estas comunidades. Esto refuerza la importancia adjudicada al tiempo de influencia del promotor comunitario, que actúa promoviendo conocimientos, conciencia, capacidad y en cierta medida la autonomía de las madres de influir positivamente en la sobrevivencia de sus hijos.

En las comunidades sin promotor las madres percibieron un número de muertes infantiles aún mas alto que el reportado por las autoridades. Esto confirma que estas comunidades permanecen todavía en la cultura de la pobreza, donde tienen interiorizado que esta pobreza produce muchos niños débiles y solamente los más resistentes podrán sobrevivir a los primeros años de vida.

A pesar de que unas comunidades rurales y pobres hayan logrado disminuir la mortalidad de los niños menores de un año gracias a la influencia de promotores propios

de la comunidad, no hay que olvidar que no se puede garantizar la sobrevivencia de los niños a lo largo de los años sin una verdadera mejora en las condiciones económicas.

9.5. COMPARACIÓN DE LA CR DE LAS DIFERENTES MUESTRAS

En relación al *control de la diarrea*, presentaron CR las CCP de Chalatenango y las dos muestras de Morazán, aunque fue en las CCP de Chalatenango donde se alcanzó el mayor grado de capacidad resolutive.

Las dos muestras de Morazán presentaron similares grados de CR. Las CCP de Morazán están caracterizadas -al igual que las CCP de Chalatenango- por la marginación económica y política. Las CSP de Morazán presentan mejores condiciones en la disponibilidad de los servicios básicos. Por consiguiente, en este caso unas condiciones mejores parecen tener el mismo peso que la presencia de un promotor en la adquisición de la CR de una comunidad.

Las CSP de Chalatenango no tienen CR. La incapacidad de estas comunidades para resolver el problema de las diarreas parece estar condicionada por la combinación entre pobreza extrema y ausencia de promotor comunitario, a pesar de que las comunidades tienen fácil acceso a la unidad de salud.

Las cuatro muestras presentaron CR en relación a los *conocimientos sobre causas y prevención de las diarreas*. Se puede interpretar que estos conocimientos están bastante generalizados y ya se han convertido en patrón cultural.

Sin embargo, el grado de conocimientos - y correspondientemente el grado de CR - permanece condicionado por los factores económicos y/o por la presencia del promotor. Las comunidades rurales con promotor (CCP de Chalatenango y Morazán) y las semiurbanas (CSP de Morazán) tienen un alto grado de conocimiento sobre el tema, pero la muestra constituida por comunidades rurales, muy pobres y sin promotor (CSP de Chalatenango) no logran alcanzar el mismo grado.

Solamente en las CCP de Chalatenango se encontró CR en relación al *tratamiento de la fiebre*; las otras tres muestras -muestras control- no presentan esta capacidad para el tratamiento de la fiebre.

Esto significa que en esta investigación, el tratamiento de la fiebre alta en niños ha resultado ser el indicador que mejor ha diferenciado la CR de las comunidades según la presencia o ausencia de un promotor comunitario del tipo considerado en nuestra muestra de estudio

Para este estudio se definió la existencia de CR en relación a la evitabilidad de la **Mortalidad Infantil** cuando dicha mortalidad hubiera sido nula o menor que 2 durante el año 1997.

Únicamente en las CCP de Chalatenango se encontró CR en relación a la evitabilidad de la mortalidad infantil. Esto se corresponde con el alto grado de CR que presentaron estas comunidades en relación a los problemas de salud estudiados.

En las otras tres muestras, además de no presentar CR, la población había percibido una MI mayor incluso que la registrada oficialmente. También en este caso la ausencia de CR está relacionada con la falta o muy bajo grado de capacidad de las comunidades para resolver los problemas de salud.

La muestra constituida por las CCP de Chalatenango ha sido la única que ha presentado capacidad resolutoria para enfrentar los problemas de salud considerados en este estudio, así como la única que ha adquirido conciencia sobre la evitabilidad de las muertes infantiles. En estas comunidades existe un modelo de atención en salud que se acerca al denominado por Rifkin *de abajo hacia arriba* („Community-Development-Approach“), donde el promotor juega un papel fundamental para que sea la propia comunidad quien defina sus prioridades, planifique y ejecute sus acciones.

En las otras tres muestras las comunidades siguen un modelo de atención que obedece al paradigma *de arriba hacia abajo* : las comunidades sin promotor (CSP) tanto de Chalatenango como de Morazán dependen de los proyectos y las decisiones de las unidades de salud del MSPAS („Medical Approach“), mientras que las comunidades de Morazán que cuentan con un promotor dependen de una ONG („Planners Approach“).

9.6. ELEMENTOS QUE INCIDEN EN LA CR DE LAS COMUNIDADES

9.6.1. ELEMENTOS QUE CARACTERIZAN AL PROMOTOR COMUNITARIO

La percepción de los promotores sobre su trayectoria, su relación en la comunidad da un imagen ilustrativo sobre el perfil de estos promotores. No se refiere tanto al perfil técnico sino su perfil social y cultural. Los elementos destacados fueron sacados de la memoria histórica (*Anexo D I.*)

- ❖ Responsabilidad ante y control ejercido por la comunidad.

Los promotores de salud son miembros de la comunidad teniendo enlaces familiares enraizados, se identifican socialmente con su comunidad. La crítica de la población hacia el trabajo de los promotores refleja el interés para un mejor funcionamiento del área de salud y de muestra que la comunidad asume la responsabilidad de dicho trabajo la población presta.

(*Anexo DI.MH 4.8*):

“ Un día ha venido un bicho herido de Los Pozos (caserío vecino). Yo lo he visto pero él dijo que esperaba a Alvaro (otro promotor). Yo no le atendí por que a preferido a Alvaro. Pero después en la asamblea la gente me criticó por no haberlo atendido ”

Otro promotor manifiesta:

(Anexo D1.MH 1.5.):

Mi responsabilidad es hacia la comunidad. Si yo tratará mal a un paciente o persona, la gente me criticaría. El comportamiento del promotor esta en la mira de la comunidad.

❖ Liderazgo.

Las recomendaciones de instituciones internacionales como la OMS-OPS y los principios de la APS recomiendan seleccionar a líderes natos y reconocidos por la comunidad para formarlos y capacitarlos como promotores de salud.

Los promotores comunitarios manifiestan que a ellos fue asignada o ellos eligieron esta tarea que era una tarea comunitaria entre otras, sin embargo con el transcurso del tiempo en que el promotor desarrolló sus actividades se ha convertido por la naturaleza de las tareas y por los principios humanitarios de solidaridad, entrega, disposición se convirtió en líder. Muchos de ellos fueron elegidos para otros cargos con mayor responsabilidad.

La formación integral, la actitud responsable y desinteresada de los promotores comunitarios y la confianza que habían adquirido con el tiempo, convirtieron a los sanitarios durante la guerra y los promotores en tiempo de paz en líderes integrales.

(Anexo D1.MH 7.1.) “ Como mi caso habían muchos compañeros preparados como sanitarios y después fueron sacados para trabajar como radistas, trabajo político, de comunicación, confidentiales o responsables de

unidades militares. A pesar de que estuvieron en otras tareas no era una perdida para la sanidad ya que sus conocimientos siempre los empleaban donde estuvieran. Si era radista y se encontraba con un herido grave, le atendía inmediatamente a pesar de que no era su tarea especifica ,,

Una promotora refiere

(Anexo DI. MH 4.10): " Ahora soy coordinadora de la directiva de las mujeres de la región. En esta función recibo un estímulo pero siempre desempeño la tarea de promotora y partera"

❖ **Voluntariado.**

Todos los que laboran en actividades comunitarias practican el principio del voluntariado, que refleja el principio de solidaridad y de entrega. Estos principios son de los mas importantes en la comunidad. Estos dificilmente se pueden mantener en la globalización del mercado y en la privatización de los servicios de salud.

(Anexo DI. MH 6.14)" Era dificil recuperar el 25 % de los medicamentos (un Proyecto de Plan Internacional) también para nosotros mismos como promotores dificil el cambio en la política de la salud. Nosotros pensamos que la salud debe ser gratis y no es gratis en la realidad "

(Anexo DI. MH 2.8.) " La gente no quiere comprender que la situación ha cambiado hacia la privatización de los servicios de salud, n como antes donde todo ea gratis (en la guerra)"

❖ Identificación y compromiso con la comunidad.

Un elemento estratégico y donde radica el éxito de muchas intervenciones sanitarias es la identificación del promotor con la comunidad, este deberá formar parte de la comunidad se deberá identificar con esta y deberá formar parte de la misma cultura.

(Anexo D1. MH 7.4.) "La gente me conoce y tiene confianza, la gente sabe que juntos hemos enfrentado casos muy difíciles que supimos solucionar. Somos del mismo origen y soy parte de ellos, ellos sienten libertad para expresar sus problemas sin barreras de idioma y costumbres ,,

(Anexo D1. MH 2.4.) "La gente ya tiene confianza en uno. Nosotros hemos respondido todo este tiempo atrás, la gente conoce la capacidad y el compromiso de los promotores ."

(Anexo D1. MH 5:4.) " Con usted tengo confianza, ya la conozco y las veces que la he buscado me ha ido muy bien y se que lo que a usted le cuento no pasa mas allá, no lo sabrá toda la gente, adema el personal del MSPAS no siempre en la comunidad, aveces, cuando hay mas necesidad no están. En cambio nosotros como promotores siempre estamos a la mano y los atendemos el día y la hora que sea "

(Anexo D1. MH 5.5.) "...soy promotor de la comunidad por que a ella me debo y a ella debo servirle, pro que cuando inicie a trabajar, me dijeron que era para servirle a la gente, a la comunidad, por eso dijo que todo lo que yo sé, ha sido gracias a la comunidad y para ella debo trabajar "

(Anexo D1. MH 6.7.) "Logramos combatir la epidemia del cólera. Los promotores atendimos los casos y no se nos murió ninguno. Fueron muchos los que atendimos y algunos eran casos graves. No había

medico, sin gabacha, sin guantes pero ganamos la lucha con el suero. Nosotros nos pusimos muy delgaditos de tanto trabajar ni tiempo para comer había "

(Anexo D1. MH 6.9.) " En ningún tiempo el pueblo estaba informado y preparado para enfrentarse a las enfermedades y la gente tuvo que aprender y esta aprendiendo las medidas higiénicas, Con los conocimientos propios de los promotores que ellos transmitieron, se han combatido varias epidemias. Cualquier duda que tiene la gente le pregunta al promotor "

(Anexo D1. MH 7.6.) „..... La capacitación que recibimos como sanitarios no era específicamente militar, quiero decir autoritaria de cumplir ordenes, sino mas bien de reflexionar y entender. Por ejemplo no se podía dar la orden a un sanitario de quedarse cuidando a un herido en la línea de fuego sin embargo esto casi siempre sucedió. "

❖ Formación

La formación es un aspecto fundamental para ejercer adecuadamente el rol de promotor en la comunidad. Durante el conflicto la formación del promotor no era sistemática ni completa, sin embargo se basaba en la realidad y era el producto de solucionar una necesidad urgente. Se aprendía haciendo, en base a las experiencias cotidianas.

(AnexoD1.MH2.6.)"He recibido bastantes capacitaciones pero no regularmente, de diferentes técnicos, voluntarios o de ONG,s comenzando con los primeros auxilios, segundo nivel, laboratorio, materno-infantil, partera,

etc. Los conocimientos que nos transmitieron estaban apegados a la realidad. Los técnicos que impartieron las capacitaciones vivían con la gente. Se preparaban las charlas y clases en base a los casos más frecuentes y en base a los problemas que se veían. El estudio de enfermería que he comenzado recientemente sirve para obtener un cartón y tal vez poder conseguir un trabajo remunerado pero para el trabajo concreto de la comunidad, no sirve "

(Anexo D1. MH 4.6.) "Los cursillos básicos y avanzados que he recibido me han servido de mucho, las clases eran adaptadas a nuestro nivel de entendimiento. Yo deseaba aprender de los médicos del MSPAS pero ellos han despreciado el conocimiento de nosotros y han expresado que lo que nosotros hacíamos era malo, no correcto "

(Anexo D1. MH1.6.) "las capacitaciones que nos daban los médicos internacionalistas de la guerrilla eran bien apegadas a la realidad propia con casos concretos "

(Anexo D1. MH 1.6.) "Las primeras capacitaciones las recibí acerca de los primeros auxilios impartido por médicos internacionalistas. Después capacitaciones sobre temas básicos y avanzados por parte de ONG,s. las capacitaciones estaban apegadas a las necesidades y a la realidad. Me ayudo en el trabajo práctico por que nadie ha muerto por un tratamiento incorrecto "

(Anexo D1 MH7.6.) "Durante la guerra la capacitación fue permanente y apegada a la propia necesidad del momento. Siempre tuvimos teoría y práctica a la vez. por ejemplo después de las operaciones el médico nos explicaba

que le hizo y por que lo hizo al paciente y cuales deberían ser los cuidados a seguir para su recuperación. El trabajo diario se convertía en la mejor escuela de aprendizaje ”.

❖ **Integralidad.**

El concepto de integridad ha comenzado con la formación y se ha ido adquiriendo en el proceso de ejecución de las tareas. Es un factor que ha facilitado la resolutiveidad en las comunidades rurales. Una sanitaria lo expresa de la siguiente manera:

(Anexo D1. MH 5.1.) “ Yo comencé como sanitaria de base y como partera. Hemos dado educación a la población y hemos curado con medicina natural, por que la medicina química era escasa en ese tiempo y hemos tratado de rescatar el uso de la medicina natural en vista de la necesidad que tenía la gente ”

(Anexo D1. MH 7.6.) „Nosotros fuimos formados integralmente no solo en salud sino para poder enfrentar cualquier problema que se nos presentara. ...“

„ Todo que aprendía-mos, tratábamos enseñárselo a otros. Por que podía ser que el día de mañana ya no estuviéramos y así los nuevos compañeros pudieron asumir con facilidad las tareas. “

Muchos promotores, además de las actividades sanitarias realizan otro tipo de actividades comunitarias, tal como lo manifiestan las promotoras:

(Anexo D1. MH 2.10.)„Participo o asisto en asambleas generales, reuniones convocadas por la directiva, reuniones regulares con los maestros populares, reuniones de padres de familia, marchas convocadas por la directiva, actividades de la comunidad. „

❖ Participación.

Se viene mencionando que la participación es esencial y estratégica en la capacidad resolutive por parte de las comunidades. Los promotores comunitarios han logrado comprender y promover este aspecto, tal como lo ilustra la siguiente declaración:

(Anexo D1. MH 5.14) " Directamente no se ve la participación de la gente, pero indirectamente si: por ejemplo: Manteniendo todo limpio, comidas tapadas y mejorando la alimentación ,,

(Anexo D1. MH 5.9)" uno como promotor eleva los conocimientos de la gente y los educa para que ellos mismos usen esos conocimientos para su propio beneficio y eso lo vemos con hechos concretos, hoy ya no hay niños que mueren por desnutrición, deshidratación. La gente sabe como evitar estos casos o que hacer en el caso que se presenten, así mismo prevenir y combatir. ,,

(Anexo D1.MH 3.14) ,, cuando son problemas sentidos por la misma comunidad, la gente apoya el trabajo y nos motiva a nosotras como promotoras ,"

(Anexo D1. MH 7.6.) ,,,...Todo que aprendíamos, tratábamos a enseñárselo a otros. Por que podía ser que el día de mañana ya no estuviéramos y así los nuevos compañeros pudieron asumir con facilidad las tareas. "

❖ Motivación

La motivación por parte de los promotores de salud es fundamental a la hora de la

ejecución de acciones sanitarias. Esta motivación está estrechamente relacionada con la identificación con las comunidades y con sus procesos de desarrollo y no tan solo por prestaciones económicas, esto está ejemplificado por

(Anexo D1. MH 5.2.) "...Lo primero por motivos cristianos y humanitarios, por que Dios nos mando a servirle a los demás. Pero lo principal que me motivo fué la propia necesidad de la gente y siempre quería aprender más para servirle más a los demás ... "

(Anexo D1. MH 4.3) "... La gente ya le tiene fe a uno, no me dejan retirarme ni a veces descansar..."

9.6.2. RELACION ENTRE TECNICOS Y AGENTES COMUNITARIOS

Los expertos o técnicos que llegan a una comunidad generalmente ejercen un papel dominante sobre una población no experta y muchas veces pobre. Siguiendo la teoría de P. Freire y en consonancia con el enfoque *desde abajo*, los técnicos deberían poner sus conocimientos y capacidades a disposición de la comunidad, partiendo de los conocimientos de la población como base para un aprendizaje mutuo. Sin embargo, la extracción social, la formación y el prestigio de los técnicos -y en especial de los médicos-, unidos a la baja autoestima de las mayorías pobres, suelen dificultar los esfuerzos por renunciar a la tradicional posición de dominancia.

Durante los años de guerra, los pocos técnicos de salud que estaban en la zona formaban parte de las estructuras organizativas de las comunidades o del Frente, compartiendo la misma ideología y las precarias condiciones de vida de la población. Su

dependencia de los conocimientos de los campesinos en gran parte de las actividades cotidianas, junto a un poder real de las estructuras democráticas comunitarias, reforzaron la voluntad de los técnicos para utilizar sus conocimientos no como fuente de poder, sino como contribución al proceso general de cambios sociales. La fuerza adquirida por la población y sus estructuras organizativas durante los años de lucha, hicieron capaces a las comunidades para asumir su propio liderazgo y conducción. De este modo, los técnicos contribuyeron al proceso de *empowerment* aportando sus conocimientos técnicos y solidarizándose con la lucha por una sociedad más justa.

En este marco, las capacitaciones de los promotores comunitarios estaban orientadas principalmente hacia la necesidad de solucionar problemas de salud concretos, flexibilizándose los esquemas didácticos elaborados de antemano por los técnicos. De este modo, teoría y práctica estaban estrechamente ligadas y así resultaba evidente para los promotores la necesidad de ir aumentando progresivamente sus conocimientos; esto contribuye a explicar los grandes logros conseguidos en el trabajo de salud durante la guerra.

La escasa cantidad de técnicos disponibles frente a la gran cantidad de población, propició que estos técnicos se esforzaran por fortalecer el proceso de *apropiación* por parte de los promotores, favoreciéndose el efecto multiplicador en la transmisión de los conocimientos.

La Memoria Histórica de los promotores recoge algunos testimonios sobre su proceso de formación:

9.6.3. Factores condicionantes para obtener un alto grado de Capacidad Resolutiva

Se han logrado identificar una serie de condiciones que resultaron de

importancia para el desarrollo de la Capacidad Resolutiva en las comunidades con promotor comunitario (CCP). Estas condiciones surgieron y fueron evolucionando en el contexto histórico de la guerra. A pesar de que estas comunidades han experimentado grandes cambios a partir de la firma de los Acuerdos de Paz -en el sentido de un debilitamiento de las estructuras de organización comunitaria-, se ha visto que aún se pueden detectar los efectos positivos sobre los hábitos y conocimientos de la población generados por aquellas condiciones.

Los factores condicionantes identificados son los siguientes:

1. Las comunidades organizadas de la zona conflictiva presentaban un alto grado de homogeneidad a nivel socioeconómico, cultural y político-ideológico. Este hecho, unido a la necesidad de enfrentarse a un poderoso enemigo común durante la guerra, llevó a una fuerte identidad como comunidad y como movimiento social y a la experiencia concreta de una solidaridad necesaria y cotidiana.
2. Estas comunidades tuvieron la posibilidad de experimentar un desarrollo autónomo. Al margen de las acciones militares -bombardeos, invasiones,...- durante la guerra las comunidades quedaron sin ningún tipo de influencia estatal; esto obligó a la población a asumir la responsabilidad total en el quehacer productivo, social y cultural, pero también les dio la oportunidad de desarrollar sus propias estructuras de poder democrático a nivel local y regional, apoyado por las estructuras político-militares del FMLN.

También en las experiencias reportadas de otras luchas político-militares para la liberación nacional -como en China, Vietnam, Filipinas o Mozambique- se encuentran estas mismas condiciones de autonomía local y regional y la necesidad de contar con las propias fuerzas, junto a una posición ideológica clara a favor de una mayor equidad social.

3. Los factores arriba mencionados llevaron a una fuerte motivación de toda la población para participar en todos los ámbitos de la vida comunitaria. Según Rifkin, la participación comunitaria en salud depende fundamentalmente de la motivación de los implicados, en mucha mayor medida que de la accesibilidad a determinados recursos.
4. Estos factores también provocaron entre los campesinos un interés extraordinario por estudiar y aprender todo lo que fuera posible bajo las condiciones de guerra. Se vieron obligados a superar dificultades hasta entonces nunca enfrentadas, y esta ampliación constante de sus capacidades dio lugar a un evidente crecimiento de la autoestima.
5. La organización comunitaria garantizaba una estrecha coordinación de las distintas actividades de la vida cotidiana tanto a nivel de las comunidades como a nivel regional (intersectorialidad).
6. El trabajo en salud surgió así como producto de esta convivencia organizada de las comunidades, siendo impulsado, estructurado y controlado por ellas mismas. En 1996 B. Barret mencionaba -en el marco de un estudio sobre un proyecto de salud en Kenia-, entre los factores indispensables para realizar un enfoque desde abajo, que las propuestas para proyectos y programas de salud surjan de la propia comunidad y que no sean implantadas desde fuera.
7. Los promotores de salud (así como los pocos técnicos presentes durante la guerra) formaban parte de las estructuras comunitarias y estaban fuertemente motivados hacia sus tareas específicas: promover la salud de la población, prevenir las enfermedades y atender a los enfermos.

En su descripción de Arcatao -comunidad de la zona ex-conflictiva de Chalatenango- en 1993, B. Barret mencionaba la impresionante estructura organizativa de la vida comunitaria, destacando el fuerte espíritu participativo, y concluía que en esta comunidad se estaba realizando un verdadero *sistema de salud integral* a nivel local.

- Estas mismas condiciones están descritas en la literatura como requisitos para una aplicación con éxito de la *APS integral (Comprehensive-PHC)* que implique el enfoque *desde abajo*. Tanto S. Rifkin como P. Oakley mencionan la importancia de condiciones políticas favorables que permitan una incidencia política a nivel local y regional, es decir, una descentralización del poder como requisito para poder realizar un trabajo en salud que lleve a cambios sustanciales hacia una mayor autogestión y responsabilidad colectiva. En este mismo sentido, D. Werner y D. Sanders exponen que es conveniente la vinculación del trabajo en salud con un movimiento social para garantizar el enfoque *desde abajo* y lograr la equidad social a través de la aplicación de este enfoque..

9.7- COMUNIDADES RURALES CON UN ALTO GRADO DE CAPACIDAD RESOLUTIVA

Los resultados de la investigación han demostrado que las comunidades rurales y marginadas que fueron objeto del estudio tienen una alta capacidad de resolver los problemas de salud.

Un factor muy importante que ha influido en el proceso de adquisición de esta capacidad es el nivel de organización y la existencia del promotor de salud que es producto de esta organización.

A pesar de que estas comunidades se encuentran actualmente en un proceso de desintegración por falta de reconocimiento e integración política, social y económica a la sociedad, estas comunidades presentan todavía un nivel alto de participación activa en el proceso de solucionar los problemas de salud ya que este es el resultado de la experiencia positiva cuando las comunidades se empoderaron de su destino luchando por sus derechos y recuperación de su auto estima y dignidad humana durante la década de los años 80.

El promotor de salud que es propio de la comunidad se identifica con la comunidad pero también depende de las decisiones de esta. El promotor es producto de la organización de la comunidad y el mismo fortalece con su actividad la organización, por lo que con el transcurso de los años el promotor se convierte en líder.

El proceso de desarrollo de la salud es un proceso integral que requiere del esfuerzo de muchos años y la continuidad del trabajo del promotor, siendo otro factor (tiempo-continuidad) que contribuye fuertemente ya que solo así se logra un cambio cultural en el proceso salud enfermedad.

10. CONCLUSIONES

1. El proceso de adquisición de nuevos conocimientos y hábitos para enfrentar importantes problemas de salud como la diarrea y la fiebre en niños, tiene una relación estrecha y directa con la presencia del promotor comunitario y el nivel de organización y participación en la comunidad, mas que con factores vinculados a la situación económica.
2. Las comunidades que no cuentan con un promotor, se encuentran en condiciones de extrema pobreza y carecen de un buen nivel de organización comunitaria, presentan un mayor nivel de prácticas automedicadas y menos conocimientos sobre conductas adecuadas acerca de las diarreas y de la fiebre, lo cual incide de forma negativa en sus condiciones de salud.
3. Las comunidades rurales que cuentan con la presencia y el trabajo del promotor, y en donde se ejecuta un modelo de *APS selectiva* (CCP de Morazán), logran en cierta medida alcanzar el mismo nivel de resolutiveidad que aquellas comunidades que poseen mejores condiciones socioeconómicas.
4. Las comunidades con promotores de salud que trabajan con el concepto de *APS integral* (CCP de Chalatenango), a pesar de presentar condiciones económicas muy precarias, han logrado una mayor capacidad resolutiveidad en relación al tratamiento de las diarreas y la fiebre que aquellas comunidades con similares condiciones en donde se ejecuta el enfoque de APS selectiva, y que aquellas con mejores condiciones socioeconómicas.

5. La existencia de un mayor grado de capacidad resolutive (CR) en relación a la evitabilidad de la Mortalidad Infantil en las comunidades con promotor de Chalatenango, refleja un impacto positivo del trabajo del promotor y coincide con el alto grado de CR para el control de la diarrea y la fiebre en los niños/as encontrado en estas comunidades.
6. Los promotores comunitarios de salud no se han limitado a transmitir únicamente conocimientos sobre determinadas enfermedades, sino que han establecido un concepto integral del proceso salud-enfermedad que ha generado una participación activa de la comunidad, reflejada en el grado de resolutiveidad adquirido. ✓
7. El promotor comunitario de salud, a través de su trabajo y gracias a su estrecho contacto con la comunidad, causa un efecto homogenizador sobre los individuos de la población, de modo que todos tienen igual accesibilidad a los nuevos conocimientos, actitudes y prácticas independientemente de factores como su nivel escolar, edad y número de hijos.
8. El promotor comunitario de salud que pertenece y que ha sido seleccionado y confirmado por su comunidad con la cual se siente comprometido y responsable y que a la vez ésta le controla, corrige y crítica, contribuye a mejorar el grado de resolutiveidad comunitaria realizando el rol de organizador, educador y concientizador.

Aquellas comunidades rurales que presentan un alto nivel de organización y participación comunitaria, y que además cuentan con el trabajo de un promotor que se identifica con la problemática de la comunidad y que trabaja con un enfoque integral de salud, han logrado un mayor grado de capacidad resolutive sobre los problemas de salud mas comunes.

11. RECOMENDACIONES.

- Profundizar en este tipo de investigaciones -incluyendo otros enfoques como el antropológico- que evalúan el distinto impacto sobre la comunidad de los tres diferentes tipos de promotores de salud: los que se identifican y dependen de organismos oficiales de salud, de organismos capacitadores no oficiales (ONGs) y de las propias decisiones de la comunidad ✓
- Realizar estudios sobre las percepciones de la comunidad en relación a los problemas de salud, con el fin de tener una base sobre la que analizar los procesos de cambio cultural.
- Implementar un proyecto piloto para comprobar la viabilidad de un modelo de atención integral de salud con un enfoque de participación comunitaria; según propone *Rifkin*, este modelo debe tomar elementos tanto de los *Medical and Planner- Approach* como del *Community-Development-Approach* de tal modo que ambos enfoques se complementen mutuamente. Para ello se requiere la unificación de esfuerzos entre los agentes comunitarios de una región definida y el Ministerio de Salud. Para la realización de este proyecto se deberían tomar en consideración ✓ los siguientes puntos:

- Promover y fortalecer verdaderos procesos de organización, participación y movilización social a nivel de las comunidades para que la salud forme parte de los esfuerzos por lograr un desarrollo integral.
- Promover procesos de capacitación y *empoderamiento* a nivel de las comunidades rurales con nuevos enfoques y paradigmas que consideren la situación real vivida en dichas comunidades, rescatando y respetando su cultura y memoria histórica.
- Implementar un sistema de monitoreo de los procesos de cambios en la población.
- Las instituciones que ejecutan proyectos de salud en que se financia el trabajo de los promotores comunitarios, deberían canalizar este financiamiento a través de la comunidad, para que ésta pueda ejercer mecanismos de supervisión y control sobre los promotores.
- La preparación y formación de los recursos humanos comunitarios debería incluir el compromiso por parte de las instituciones formadoras-tanto gubernamental como no gubernamental- de garantizar la acreditación oficial y sostenibilidad económica de los recursos ya capacitados.
- Revisar el perfil del promotor de salud desarrollado por el MSPAS, para que la formación de los promotores esté mejor adaptada a las necesidades de la comunidad.
- Establecer nuevos criterios, con una mayor flexibilidad en las condiciones, para la validación y legitimación de la experiencia y el trabajo realizados por los promotores de salud no gubernamentales

13. BIBLIOGRAFIA

13.1. ANTECEDENTES

- (1) Dirección General de Estadísticas y Censos. SS. Enero 1995.
- (2) FESAL 98 Encuesta Nacional de Salud Familiar 1998. CDC, USAID, MSPAS y otros)
- (3) CLAPP and MAYNE. Revisión y Evaluación de Promotores de Salud Comunitaria 25-26.
- (4) Ibid. pp 25.

13.2. MARCO REFERENCIAL

- (1) WERNER, D. y SANDERS, D. The Politics of Primary Health Care and Child Survival. Health Wrights, 1997 pp 18
- (2) RIFKIN, S. The Dynamics of China Health Care Model en Rohde. Reaching Health For All. Oxford University Press . 1993 pp 296
- (3) ALVAREZ Rafael, Educación Para La Salud. Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V. Mexico DF 1995.
- (4) KROEGER, A. Y LUNA, R. Atención Primaria de Salud, OPS, Mexico, pp 5-10 1992

- (5) MENÉNDEZ, E. L. Participación Social en Salud Comunitaria, en Cuadernos Médicos Sociales No. 73. 1998 pp 11.
- (6) JEWKES, R. AND MURCOTT, A. Meanings of Community en : Social Science and Medicine, Vol. 43 No. 4 1996 pp. 555-563
- (7) TOGNONI, G. Manual de Epidemiología Comunitaria, Quito, Ecuador CECOMET 1997
- (8) RIFKIN, S.B. Lessons From Community Participation in Health Programmes in Health Policy Planning. 1986 pp 240-249
- (9) RIFKIN, S. 1993 Op. cit. pp. 296-311
- (10) KROEGER Y LUNA Op. cit. pp 87-88
- (11) KROEGER Y LUNA Ibid. pp 89-90
- (12) ALVAREZ R. Op. Cit. pp. 49
- (13) KROEGER, A. Y LUNA, R. Op. cit. 10-12
- (14) RIFKIN, S. Paradigms Lost: Toward a New Understanding of Community Participation in Health Programmes en Acta Tropica No. 488. 1995
- (15) RIFKIN, S. Ibid pp 1-14
- (16) ARGUELLO, L. Lecciones Aprendidas en La Desvcentralización en Nicaragua. VI Coloquio en Salud UES 1998
- (17) UGALDE Y JACKSON. La Reforma de Salud. VI Coloquio en Salud UES 1998 pp 225-228
- (18) OAKLEY; P. Community Involvement in District Health Systems. 1991 pp. 9
- (19) ASTHANA Sh. Primery Health Care and Selective PHC in Health and Development. London 1994
- (20) UGALDE, A. Ideological Dimension of Community Participation Latin American Health Programs in Soc. Sci. Med. Vol.21 No. 1 Great Britain 1985.
- (21) WERNER, D. y SANDERS,D Op. cit.

- (22) ASTHANA Sh. Op. cit.
- (23) OPS / OMS. Manual sobre Enfoque de Riesgo en la Atención de Salud. Washington DC. 1984 pp 17.
- (24) KROEGER, A. Y LUNA, R. Op. cit. pp 10.
- (25) WERNER, D. y SANDERS, D Op. cit
- (26) WERNER, D. y SANDERS, D Ibid.
- (27) DEVER ALAN, G. Epidemiología y Administración de Servicios de Salud OPS / OMS 1991 pp 51-52
- (28) GOROSTÍAGA, X. (1993) La Universidad: preparando el SIGLO XXI Nicaragua 1993 En dossier "Desarrollo de los RRHH en Salud" 1998
- (29) ELLACURÍA, I. (1993) Veinte años de historia en El Salvador (1969- 1989) Tomo II, UCA, El Salvador, p. 781
- (30) KEUNE. L. Sobrevivimos la guerra. Adelina editores, El Salvador. 1995 p. 9
- (31) LUNGO, M. et al Economía y Sostenibilidad en las zonas exconflitivas en El Salvador. FUNDASAL 1997
- (32) KEUNE. L. Op. cit. p. 11
- (33) ARGUETA, M. Un Día en la Vida. UCA, El Salvador. 1980
- (34) FUNDE Diagnóstico preliminar del Departamento de Chalatenango El Salvador 1995. p. 9
- (35) FUNDE; Ibid
- (36) KEUNE. L. Op. Cit. p. 189
- (37) GUZMAN, J.L. et al. Las Escuelas Populares de Chalatenango, ED-UCA, CCR y PRODERE. ; El Salvador. 1994
- (38) FUNDE, Op. cit. p. 66

13.3. DISEÑO METODOLOGICO

- (1) PROSPERI;J.L. Gerencia Estrategica en Salud, PRODERE ELS-PNUD El Salvador. 1995 p.31 – 36
- (2) KESSNER, et al Tracer Method,
- (3) BARDIA,Roberto de Jesus Apuntes de Salud Pública UES,E.S. 1993. pp 124
- (4) TOGNONI,G. Manual de Epidemiologia Comunitaria, Quito, Ecuador CECOMET1997. pp 49

13.4. DISCUSIÓN

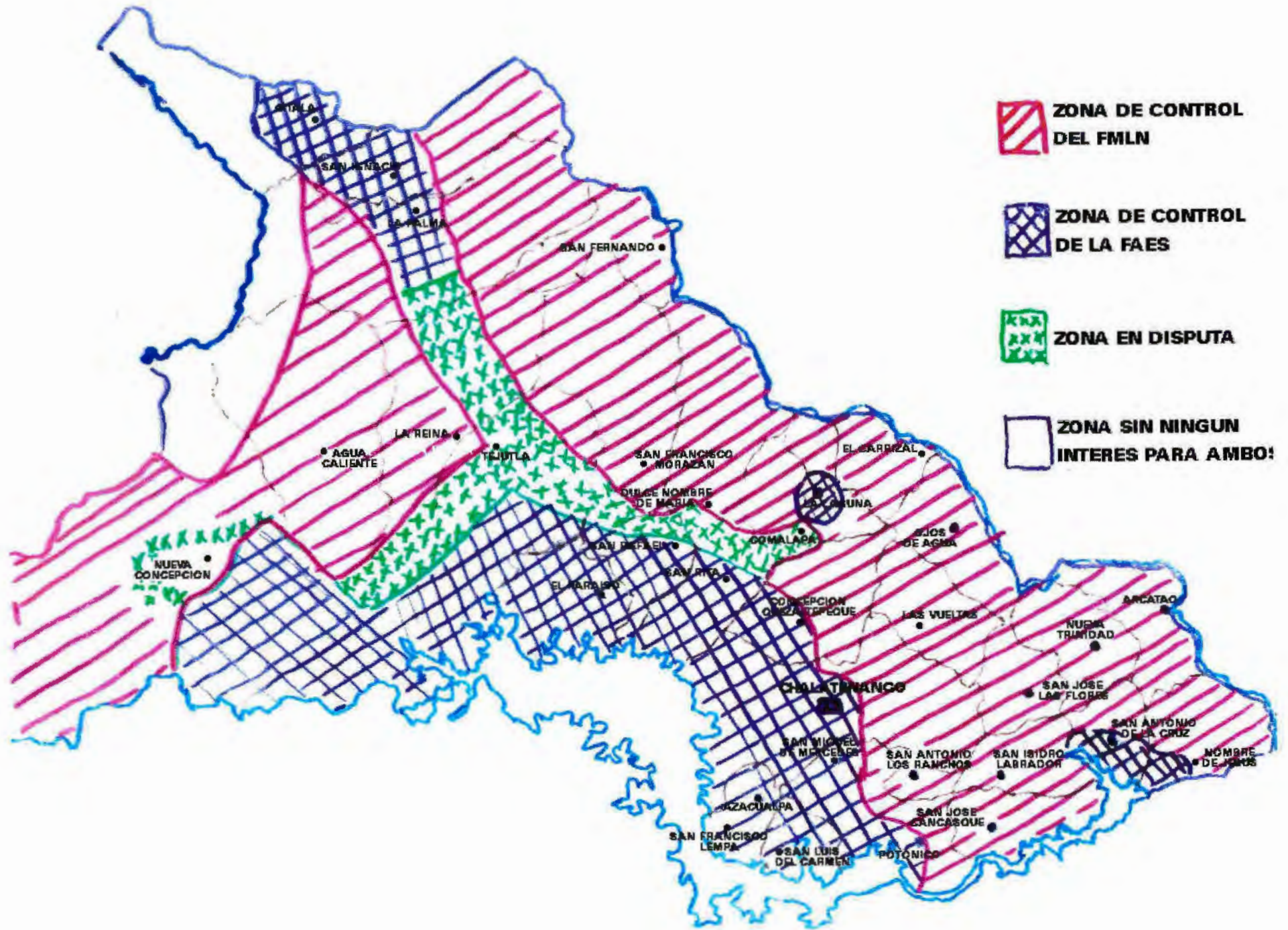
- (1) YODER; P.S. HORNIK R.C. Symptoms and perceived severity of illness as predictive of treatment for diarrhea in six Asian and African sites. Soc. Science & Medicine43 (4) 1996
- (2) WERNER;D. SANDERS, D. The Politics of Primery Health Care and Child Survival. Health Wrights 1997p. 53
- (3) MOL,M.L. Comportamiento y conocimiento de la población de Las Vueltas, Chalatenango , sobre Enfermedades Diarreicas,Vrije Universiteit Amsterdam, Holanda nov.1998p. 16
- (4) KROEGER, A. Y LUNA,R. Atención Primaria de Salud, OPS, Mexico, 1992. pp 5-10
- (5) BARRETT, B. Integrated local health systems en central america. Soc. Sci. Med. Vol. 43, No1, 1996 p.80

ANEXO A


MAPAS

- MAPA 1 EL SALVADOR con Departamentos
- MAPA 2 ZONAS EN CHALATENANGO DURANTE LA GUERRA
- MAPA 3 DEPARTAMENTO DE CHALATENANGO
- MAPA 4 DEPARTAMENTO DE MORAZAN






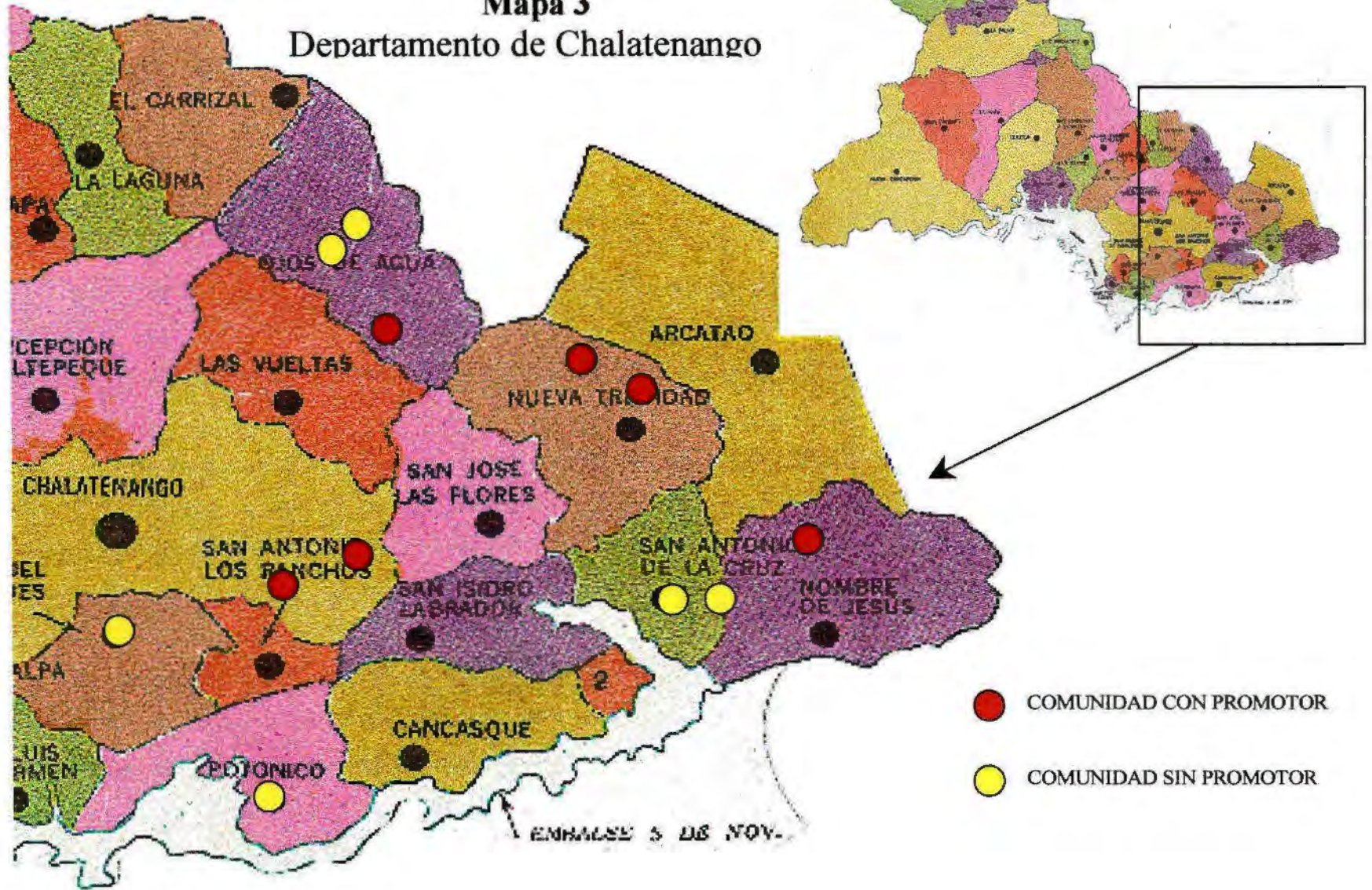
 **ZONA DE CONTROL DEL FMLN**

 **ZONA DE CONTROL DE LA FAES**

 **ZONA EN DISPUTA**

 **ZONA SIN NINGUN INTERES PARA AMBOS**

Mapa 3
Departamento de Chalatenango



UBICACIÓN DE LAS COMUNIDADES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO EN MORAZÁN



ANEXO B

DISEÑO METODOLOGICO

- TABLA 1 MUESTRA DE ESTUDIO
Las Comunidades Con Promotor (CCP) en Chalatenango
- TABLA 2 MUESTRA DE CONTROL 1
Las Comunidades Sin Promotor (CSP) en Chalatenango
- TABLA 3 MUESTRA DE CONTROL 2 y 3
Las Comunidades Con y Sin Promotor (CCP y CSP) en Morazan
- TABLA 4a PUNTUACION DE LOS FACTORES DE RIESGO
- TABLA 4b EVALUACION CUANTITATIVA DE LOS FACTORES
CONDICIONANTES EN LAS COMUNIDADES DE
CHALATENANGO
- TABLA 4c EVALUACION CUANTITATIVA DE LOS FACTORES
CONDICIONANTES EN LAS COMUNIDADES DE MORAZAN

INSTRUMENTO I

INSTRUMENTO II

Tabla: 1

MUESTRA DE ESTUDIO
Las Comunidades Con Promotor (CCP) en el Depto deChalatenango

	COMUNIDAD	MUNICIPIO	HABIT.	N° DE ENCUESTAS
1	LOS POZOS	NUEVA TRINIDAD	450	22
2	CARASQUE	NUEVA TRINIDAD	490	24
3	GUARJILA	CHALATENANGO	1960	97
4	HACIENDA VIEJA	NOMBRE DE JESUS	420	21
5	ZAPOTAL	OJOS DE AGUA	1,025	50
6	ELLACURIA	CHALATENANGO	910	42
Subtotal			5,255	256

FUENTES Diagnóstico y estrategias de salud, Chalatenango UCA 1996

TABLA: 2

MUESTRA DE CONTROL 1
Las Comunidades Sin Promotor (CSP) en el Depto de Chalatenango

	COMUNIDAD	MUNICIPIO	HABIT.	N° DE ENCUESTAS
1	OJOS DE AGUA	OJOS DE AGUA	1,380	68
2	SALITRE	OJOS DE AGUA	592	27
3	SAN MIGUEL DE MERCEDES	SAN MIGUEL DE MERCEDES	1,383	44
4	POTONICO	POTONICO	1,420	71
5	SAN ANTONIO DE LA CRUZ	SAN ANTONIO DE LA CRUZ	540	27
6	SAN BENITO	SAN ANTONIO DE LA CRUZ	576	30
Subtotal			5,358	267

FUENTES : MSPAS 1998;

Tabla: 3
MUESTRA DE CONTROL 2 y 3
Las Comunidades Con y Sin Promotor (CCP y CSP) en el Depto de Morazan

MUNICIPIO	CANTON	CASERIO	POBLACION	Nº ENC.
CON PROMOTORES NO – GUBERNAMENTALES				
1-TOROLA	1-SAN DIEGO (1313)	1-LA LAGUNA	247	12
		2-AGUA ZARCA	221	11
		3-SAN DIEGITO	216	11
		4-SAN DIEGO	333	17
		5-SICAHUITE	296	15
	2-EL PROGRESO (622)	6-SAN JOSE	315	15
		7-PORTILLO	307	15
	3-TIJERETAS (585)	8-LA JOYA	585	30
	4-AGUA ZARCA (808)	9-LA CEIBA	227	11
		10-OJO DE AGUA	333	17
		11-MOSCARRON	248	12
2-SAN FERNANDO	5-AZACUALPA (600)	13-AZACUALPA	600	30
3-JOCOAITIQUE	6-VOLCANCILLO (725)	14-MONSEÑOR ROMERO	725	36
4-YAMABAL	7-SN JUAN DE LA CRUZ (472)	15-MINITAS	472	24
		Subtotal	5125	256
SIN PROMOTORES NO - GUBERNAMENTALES				
1-TOROLA			1109	55
2-PERQUÍN			2951	148
3-SAN FERNANDO			1040	53
		Subtotal	5100	256
TOTAL			10225	512

Tabla 4a

PUNTUACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

1	distancia a puesto de salud	1 hora en carro 45 min en carro 30 min en carro en la comunidad	10 puntos 7 puntos 3 puntos 0 puntos
2	distancia al hospital	3 horas en carro 2 horas y media en carro 1 hora en carro media hora	10 puntos 7 puntos 3 puntos 0 puntos
3	participación social	Ninguna Poca Frecuente Efectiva	10 puntos 7 puntos 3 puntos 0 puntos
4	agua potable	Nacimientos Pozos perforados Chorros públicos Chorro domiciliar	10 puntos 7 puntos 3 puntos 0 puntos
5	disposición de excretas: presencia de letrinas en la vivienda	Ninguna Pocas la mayoría todas	10 puntos 7 puntos 3 puntos 0 puntos
6	viviendas (hacinamiento)	Todas la mayoría pocas ninguna	10 puntos 7 puntos 3 puntos 0 puntos
7	alfabetismo (mayores de 12 años que saben leer y escribir)	Ninguno Pocos la mayoría todos	10 puntos 7 puntos 3 puntos 0 puntos
8	empleo/ingreso de la familia (ingresos que garantizan la subsistencia para todo el año)	Ninguna Pocas la mayoría todas	10 puntos 7 puntos 3 puntos 0 puntos
9	desnutrición en niños menores 5 años	Todos la mayoría pocos ninguno	10 puntos 7 puntos 3 puntos 0 puntos
10	población desplazada (familias reubicadas)	Toda la mayoría poca ninguna	10 puntos 7 puntos 3 puntos 0 puntos

Tabla 4b
EVALUACION CUANTITATIVA DE LOS FACTORES CONDICIONANTES
EN LAS COMUNIDADES DE CHALATENANGO

COMUNIDAD/ MUNICIPIO		OJOS DE AGUA	EL SALI- TRE	SN. M. LAS MER- CE- DES	POTO NICO	SAN BENI- TO	SAN A. DE LA CRUZ	GUAR JILA	ZAPO TAL	CA- RAS- QUE	ELLA- CU- RIA	HA- CIEN DA VIEJA	LOS POZOS
1	distancia a puesto de salud	0	0	0	0	0	0	3	3	7	3	10	7
2	distancia al hospital	10	10	3	3	7	7	7	7	10	3	10	10
3	participación social	10	10	7	7	10	10	0	3	0	3	3	0
4	agua potable	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	disposición de excretas	3	7	0	0	7	7	3	7	3	3	7	3
6	viviendas	3	3	3	3	3	3	3	7	7	7	7	7
7	alfabetismo	7	3	7	3	7	7	3	7	3	3	3	3
8	empleo/ingreso	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
9	DESNUTRICIÓN	7	3	7	3	7	7	3	7	3	3	3	3
10	población desplazada	0	0	0	0	0	0	10	7	7	10	3	3
	total	43	39	30	22	44	44	35	51	43	38	49	39
		MEDIA = 37						MEDIA = 42.5					
		CSP						CCP					

Tabla 4c
EVALUACION CUANTITATIVA DE LOS FACTORES CONDICIONANTES
EN LAS COMUNIDADES DE MORAZAN

COMUNIDAD		San Diego	EL Progreso	Tijeretas	Agua Zarca	Azacualpa	Volcancillo	Sn. Juan de la Cruz	Torola	Perquin	Sn. Fernando
FACTORES DE RIESGO											
1-	Distancia a puesto de salud	10	10	7	7	10	7	10	0	0	0
2-	Distancia al hospital	7	10	7	7	7	3	10	7	3	3
3-	Participación social	7	7	7	3	3	3	7	3	7	3
4-	Agua potable	10	7	7	7	7	10	10	3	0	3
5-	Disposición de excretas	7	3	7	3	7	7	7	3	3	3
6-	Viviendas	7	3	7	3	3	7	7	7	3	7
7-	Alfabetismo	7	3	3	3	7	7	7	7	3	7
8-	Empleo/ingreso	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
9-	Desnutrición	3	3	3	3	3	3	7	3	3	3
10	Población desplazada	3	7	3	7	7	7	3	7	3	7
	total	68	60	58	50	61	61	75	47	32	43

cep = 62

CSP = 41

INSTRUMENTO I

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, Escuela de Salud Pública

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EL SALVADOR

CUESTIONARIO

OBJETIVOS

- 1- recopilar informaciones sobre conocimientos y prácticas que tienen las mujeres mayores de 14 años en relación a la diarrea y fiebre
- 2- recopilar el número de muertes infantiles en la comunidad durante el último año.

I DATOS GENERALES DE LA ENCUESTA

Comunidad.....Promotor no-gubernamental SI..... NO.....

Municipio.....Fecha de la encuesta.....

Distancia al hospital mas próximo.....

Distancia a la unidad de salud mas proxima.....

Nombre del encuestador.....

II DATOS GENERALES DE LA ENCUESTA

Edad.....

Nivel de educación.....

Tiene letrina SI.....NO.....

N° de hijos:.....

(el número de hijos nacidos vivos)

Nietos:.....

(número de niños pequeños que se encuentran en la casa, nieto o niños a cuidar)

III INFORMACIONES SOBRE CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS

1. CUANDO SU HIJO(A) TIENE DIARREA QUE HACE USTED?

.....

Dar líquidos
SI.....
NO.....

IV INFORMACION SOBRE MORTALIDAD INFANTIL

CUANTOS NIÑOS MENORES DE 1 AÑO HAN MUERTO EN EL ULTIMO AÑO Y
PORQUE?

.....

Instrumento ii

**MEMORIA HISTÓRICA DE LOS PROMOTORES DE
CHALATENANGO**

NOMBRE:

FECHA:

- **EDAD:**

- **SEXO:**

- **AÑOS DE TRABAJO:**

- **REMUNERACIÓN:**

- **COMUNIDAD:**

- **HABITANTES:**

- **DISTANCIA A LA PRÓXIMA UNIDAD DE SALUD:**

- **DISTANCIA AL HOSPITAL:**

**1-¿CUALES ACTIVIDADES REALIZABA COMO SANITARIA EN EL ÁREA DE
SALUD DURANTE EL CONFLICTO ARMADO**

2-¿QUE LA MOTIVÓ A TRABAJAR EN EL ÁREA DE SALUD ?

3-¿QUE LA MOTIVO A SEGUIR TRABAJANDO COMO PROMOTORA DE SALUD ?

**4-¿POR QUE LA GENTE LA BUSCA A PESAR DE QUE HAYA UNIDAD DE SALUD
Y UN HOSPITAL NO MUY LEJOS ?**

5-¿HACIA QUIEN SE SIENTE RESPONSABLE?

6-¿CUANTAS CAPACITACIONES HA RECIBIDO?

7- MENCIONE UNA EXPERIENCIA POSITIVA

8- CUENTE UNA EXPERIENCIA NEGATIVA

9-¿LAS TAREAS COMO SANITARIA TENÍAN ALGUNA IMPORTANCIA O NO?

10-¿CUALES ACTIVIDADES USTED REALIZA EN LA COMUNIDAD APARTE DE SUS TAREAS COMO PROMOTORA DE SALUD?

11-¿ADONDE LA GENTE LA BUSCA PARA PEDIR SU AYUDA O SU CONSEJO?

12-¿USTED HA PERCIBIDO ALGUNOS CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO DE LA GENTE EN LA COMUNIDAD RESPECTO A LAS ENFERMEDADES IRA's Y ERA's?

13-¿EN EL ULTIMO AÑO CUANTOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO HAN MUERTO?

14-¿EN QUE CONTRIBUYE LA COMUNIDAD AL TRABAJO DE SALUD?

ANEXO C

RESULTADOS

1. DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE DESCRIPTORES
(CHALATENANGO)
2. DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE DESCRIPTORES (MORAZAN)
3. TABLAS DE CHALATENANGO
4. TABLAS DE MORAZAN
5. TABLAS DE MORTALIDAD INFANTIL (CHALATRENANGO)

DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS DESCRIPTORES CHALATENANGO

	D.S.	DESCRIPTOR		X ² , P, RR
A	NO	EDAD	CCP/CSP	
	NO	NIVEL ESCOLAR	CCP/CSP	
	NO	N° DE HIJOS	CCP/CSP	
	SI	LETRINIZACION	CCP/CSP	P=0,000.. 83% en CCP y 68% en CSP
B	SI	SO:CONOC. Y UTILIZ.	CCP/CSP	RR=11, x ² p=0,0000.. 95% en CCP, 46% en CSP
	SI	SO: UTULIZACION	CCP/CSP	RR=5 x ² ; p=0,0000.. 83% en CCP, 13% en CSP
	SI	CONOC.MEDIDAS PREV.	CCP/CSP	RR=7 x ² ; p=0,0000.. 96% en CCP, 73% en CSP
	SI	CONOC. DE CAUSAS	CCP/CSP	RR=2 x ² ; p=0,00005 87% en CCP, 72% en CSP
	SI	FIEBRE:TRAT. ACEPT.	CCP/CSP	RR=7 x ² p=0,0000.. 94% en CCP, 57% en CSP
	SI	FIEBRE: TRAT. CORR.	CCP/CSP	RR=9 x ² p=0,0000.. 94% en CCP, 49% en CSP
C			CCP	CSP
	EDAD	UTILIZ. SO	NO	P=0,019 (15-20)=9% (21-40)=18% (41>)=6%
		CONOC.MED.PRE	NO	NO
		CONOC. CAUSAS	NO	NO
		TRAT.CORR.FIEB	NO	NO
	NIVEL ESC	UTILIZ. SO	NO	NO
		CONOC.MED.PREV	NO	P=0,00006 (0-3)=66% (4>)=86%
		CONOC. CAUSAS	NO	P=0,031 (0-3)=68% (4>)=80%
		TRAT.CORR.FIEB	NO	P=0,000001 (0-3)=38% (4>)=70%
	N°DE HIJOS	UTILIZ. SO	NO	P=0,007 (0-4)=18% (5>)=7%
		CONOC.MED.PREV	NO	NO
		CONOC. CAUSAS	NO	NO
TRAT.CORR.FIEB		NO	NO	

DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS ESCRITORES MORAZAN.

	D.S.	DESCRIPTORES		X ² , P, RR
A	NO	EDAD	CCP/CSP	
	SI	NIVEL ESCOLAR	CCP/CSP	P= .000016 (0grado en CCP=60% y CSP 40%;1-3g. en CCP 56% y CSP 44
	NO	N° DE HIJOS	CCP/CSP	
	SI	LETRINIZACION	CCP/CSP	P=0,000. 40% en CCP y 60% en CSP
B	NO	SO:CONOC. Y UTILIZ.	CCP/CSP	
	NO	SO: UTULIZACION	CCP/CSP	
	SI	CONOC.MEDIDAS PREV.	CCP/CSP	RR=0.2 x ² ; p=0,0007. 91% en CCP, 98% en CSP
	NO	CONOC. DE CAUSAS	CCP/CSP	
	NO	FIEBRE:TRAT. ACEPT.	CCP/CSP	
	NO	FIEBRE: TRAT. CORR.	CCP/CSP	
C			CCP	CSP
	EDAD	UTILIZ. SO	SI	SI P=0,02 (15-20)=47% (21-40)=68% (41>)=57%
		CONOC.MED.PRE	NO	SI P=0,001(15-20)=91% (21-40)=100% (41)= 97 %
		CONOC. CAUSAS	NO	NO
		TRAT.CORR.FIEB	NO	NO
	NIVEL ESC	UTILIZ. SO	NO	NO
		CONOC.MED.PREV	NO	NO
		CONOC. CAUSAS	NO	NO
		TRAT.CORR.FIEB	NO	NO
	N°DE HIJOS	UTILIZ. SO	NO	NO
		CONOC.MED.PREV	NO	NO
		CONOC. CAUSAS	NO	NO
		TRAT.CORR.FIEB	NO	NO

TABLA 1a
DISTRIBUCION DE MUJERES ENCUESTADAS SEGÚN LA EDAD
en comunidades con y sin promotor (CCP Y CSP)

ANOS		CCP		CSP		Total
15-20	>	31	>	22	>	53
		58.5%		41.5%		10.1%
		12.1%		8.2%		
21-30	>	93	>	88	>	181
		51.4%		48.6%		34.6%
		36.3%		33.0%		
31-40	>	53	>	68	>	121
		43.8%		56.2%		23.1%
		20.7%		25.5%		
41-50	>	47	>	58	>	105
		44.8%		55.2%		20.1%
		18.4%		21.7%		
51 >	>	32	>	31	>	63
		50.8%		49.2%		12.0%
		12.5%		11.6%		
Total		256		267		523
		48.9%		51.1%		

ChiCuadrad = 4.46
Grados de libertad = 4
valor p = 0.34674183

TABLA 2a

**DISTRIBUCION DE MUJERES ENCUESTADAS SEGÚN EL NIVEL ESCOLAR
en comunidades con y sin promotor (CCP Y CSP)**

NIVEL ESC.	CCP	CSP	Total
0	58 47.2% 22.7%	65 52.8% 24.3%	123 23.5%
1 a 3	119 51.8% 46.1%	110 48.2% 41.2%	228 43.6%
4 a 6	59 52.2% 23.0%	54 47.8% 20.2%	113 21.6%
7 a 9	16 41.0% 6.3%	23 59.0% 8.6%	39 7.5%
BACH.	2 28.6% 0.8%	5 71.4% 1.9%	7 1.3%
UNIV.	3 23.1% 1.2%	10 76.9% 3.7%	13 2.5%
Total	256 48.9%	267 51.1%	523

ChiCuadrad = 6.98
Grados de libertad = 5
valor p = 0.22187768

TABLA 3a

**DISTRIBUCION DE MUJERES ENCUESTADAS SEGÚN EL NÚMERO DE HIJOS
en comunidades con y sin promotor (CCP Y CSP)**

Nº HIJOS	CCP	CSP	Total
0	4 33.3% 1.6%	8 66.7% 3.0%	12 2.3%
1 a 4	141 49.8% 55.5%	142 50.2% 53.2%	283 54.3%
5 a 9	80 46.2% 31.5%	93 53.8% 34.8%	173 33.2%
10 >	29 54.7% 11.4%	24 45.3% 9.0%	53 10.2%
Total	254 48.8%	267 51.2%	521

ChiCuadrad = 2.46
 Grados de libertad = 3
 valor p = 0.48208791

TABLA 4a

**DISTRIBUCION DE MUJERES ENCUESTADAS SEGÚN LA LETRIZACIÓN
en comunidades con y sin promotor (CCP Y CSP)**

LETRINA	CCP	CSP	Total
NO	44	88	132
	33.3%	66.7%	25.2%
	17.2%	33.0%	
SI	212	179	391
	54.2%	45.8%	74.8%
	82.8%	67.0%	
Total	256	267	523
	48.9%	51.1%	

Chi-Cuadrad = 17.20
Valor-P = 0.00003373 <---

TABLA 5a

**RELACION ENTRE EL NIVEL ESCOLAR Y LA EDAD
en comunidades con promotor (CCP)**

AÑOS DE EDAD						
NIVEL ESC.	15a20	21a30	31a40	41a50	51 >	Total
0	0 > 0.0% 0.0%	11 > 19.0% 11.8%	13 > 22.4% 24.5%	18 > 31.0% 38.3%	16 > 27.6% 50.0%	58 > 22.7%
1 a 3	8 > 6.8% 25.8%	48 > 40.7% 51.6%	26 > 22.0% 49.1%	22 > 18.6% 46.8%	14 > 11.9% 43.8%	118 > 46.1%
4 a 6	19 > 32.2% 61.3%	23 > 39.0% 24.7%	9 > 15.3% 17.0%	7 > 11.9% 14.9%	1 > 1.7% 3.1%	59 > 23.0%
7 a 9	4 > 25.0% 12.9%	6 > 37.5% 6.5%	5 > 31.3% 9.4%	0 > 0.0% 0.0%	1 > 6.3% 3.1%	16 > 6.3%
BACH.	0 > 0.0% 0.0%	2 > 100.0% 2.2%	0 > 0.0% 0.0%	0 > 0.0% 0.0%	0 > 0.0% 0.0%	2 > 0.8%
UNIV.	0 > 0.0% 0.0%	3 > 100.0% 3.2%	0 > 0.0% 0.0%	0 > 0.0% 0.0%	0 > 0.0% 0.0%	3 > 1.2%
Total	31 12.1%	93 36.3%	53 20.7%	47 18.4%	32 12.5%	256

TABLA 6a

**RELACION ENTRE EL NIVEL ESCOLAR Y LA EDAD
en comunidades sin promotor (CSP)**

		AÑOS DE EDAD					
NIVEL ESC.		15a20	21a30	31a40	41a50	51 >	Total
0		3	11	20	20	11	65
	>	4.6%	16.9%	30.8%	30.8%	16.9%	24.3%
		13.6%	12.5%	29.4%	34.5%	35.5%	
1 a 3		5	41	23	27	14	110
	>	4.5%	37.3%	20.9%	24.5%	12.7%	41.2%
		22.7%	46.6%	33.8%	46.6%	45.2%	
4 a 6		7	23	12	7	5	54
	>	13.0%	42.6%	22.2%	13.0%	9.3%	20.2%
		31.8%	26.1%	17.6%	12.1%	16.1%	
7 a 9		4	12	5	2	0	23
	>	17.4%	52.2%	21.7%	8.7%	0.0%	8.6%
		18.2%	13.6%	7.4%	3.4%	0.0%	
BACH.		3	1	1	0	0	5
	>	60.0%	20.0%	20.0%	0.0%	0.0%	1.9%
		13.6%	1.1%	1.5%	0.0%	0.0%	
UNIV.		0	0	7	2	1	10
	>	0.0%	0.0%	70.0%	20.0%	10.0%	3.7%
		0.0%	0.0%	10.3%	3.4%	3.2%	
Total		22	88	68	58	31	267
		8.2%	33.0%	25.5%	21.7%	11.6%	

TABLA 7a

**RELACION ENTRE EL NÚMERO DE HIJOS Y LA EDAD
en comunidades con promotor (CCP)**

		AÑOS DE EDAD										
N° HIJOS		15 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a >	Total					
0		2		1		0		0		1		4
	>	50.0%	>	25.0%	>	0.0%	>	0.0%	>	25.0%	>	1.6%
		6.7%		1.1%		0.0%		0.0%		3.2%		
1 a 4		28		81		23		7		2		141
	>	19.9%	>	57.4%	>	16.3%	>	5.0%	>	1.4%	>	55.5%
		93.3%		87.1%		43.4%		14.9%		6.5%		
5 a 9		0		11		26		29		14		80
	>	0.0%	>	13.8%	>	32.5%	>	36.3%	>	17.5%	>	31.5%
		0.0%		11.8%		49.1%		61.7%		45.2%		
10 a >		0		0		4		11		14		29
	>	0.0%	>	0.0%	>	13.8%	>	37.9%	>	48.3%	>	11.4%
		0.0%		0.0%		7.5%		23.4%		45.2%		
Total		30		93		53		47		31		254
		11.8%		36.6%		20.9%		18.5%		12.2%		

TABLA 8a

**RELACION ENTRE EL NÚMERO DE HIJOS Y LA EDAD
en comunidades sin promotor (CSP)**

N°HIJOS	AÑOS DE EDAD					Total
	15 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a >	
0	5	1	0	1	1	8
	> 62.5%	> 12.5%	> 0.0%	> 12.5%	> 12.5%	> 3.0%
	22.7%	1.1%	0.0%	1.7%	3.2%	
1 a 4	17	72	36	15	2	142
	> 12.0%	> 50.7%	> 25.4%	> 10.6%	> 1.4%	> 53.2%
	77.3%	81.8%	52.9%	25.9%	6.5%	
5 a 9	0	15	30	31	17	93
	> 0.0%	> 16.1%	> 32.3%	> 33.3%	> 18.3%	> 34.8%
	0.0%	17.0%	44.1%	53.4%	54.8%	
10 a >	0	0	2	11	11	24
	> 0.0%	> 0.0%	> 8.3%	> 45.8%	> 45.8%	> 9.0%
	0.0%	0.0%	2.9%	19.0%	35.5%	
Total	22	88	68	58	31	267
	8.2%	33.0%	25.5%	21.7%	11.6%	

TABLA 9a

**TRATAMIENTO DE LA DIARREA
en las comunidades con promotor (CCP)**

TRATAMIENTO DE LA DIARREA

COMUNIDAD	INSUFICIENTE	SUFICIENTE	BIEN	Total
CARASQUE	1 4.2% 7.7%	0 0.0% 0.0%	23 95.8% 10.8%	24 9.4%
ELLACURIA	1 2.4% 7.7%	7 16.7% 23.3%	34 81.0% 16.0%	42 16.4%
GUARJILA	9 9.3% 69.2%	8 8.2% 26.7%	80 82.5% 37.6%	97 37.9%
HACIENDA VIEJA	0 0.0% 0.0%	4 19.0% 13.3%	17 81.0% 8.0%	21 8.2%
LOS POZOS	2 9.1% 15.4%	1 4.5% 3.3%	19 86.4% 8.9%	22 8.6%
ZAPOTAL	0 0.0% 0.0%	10 20.0% 33.3%	40 80.0% 18.8%	50 19.5%
Total	13 5.1%	30 11.7%	213 83.2%	256

TABLA 10a
TRATAMIENTO DE LA DIARREA
en las comunidades sin promotor (CSP)

TRATAMIENTO DE LA DIARREA				
COMUNIDAD	INSUFICIENTE	SUFICIENTE	BIEN	Total
LAS MERCEDES	34	3	7	44
	> 77.3%	> 6.8%	> 15.9%	> 16.5%
	23.6%	3.4%	20.0%	
OJOS DE AGUA	38	22	8	68
	> 55.9%	> 32.4%	> 11.8%	> 25.5%
	26.4%	25.0%	22.9%	
POTONICO	32	29	10	71
	> 45.1%	> 40.8%	> 14.1%	> 26.6%
	22.2%	33.0%	28.6%	
S A D L CRUZ	12	9	6	27
	> 44.4%	> 33.3%	> 22.2%	> 10.1%
	8.3%	10.2%	17.1%	
SALITRE	15	11	1	27
	> 55.6%	> 40.7%	> 3.7%	> 10.1%
	10.4%	12.5%	2.9%	
SAN BENITO	13	14	3	30
	> 43.3%	> 46.7%	> 10.0%	> 11.2%
	9.0%	15.9%	8.6%	
Total	144	88	35	267
	53.9%	33.0%	13.1%	

TABLA 11a

**CONOCIMIENTO O UTILIZACION DEL SUERO ORAL (SO)
en las comunidades con promotor (CCP)**

COMUNIDAD	CONO/UTI		
	NO	SI	Total
CARASQUE	1	23	24
	> 4.2%	> 95.8%	> 9.4%
	7.7%	9.5%	
ELLACURIA	1	41	42
	> 2.4%	> 97.6%	> 16.4%
	7.7%	16.9%	
GUARJILA	9	88	97
	> 9.3%	> 90.7%	> 37.9%
	69.2%	36.2%	
HACIENDA VIEJA	0	21	21
	> 0.0%	>100.0%	> 8.2%
	0.0%	8.6%	
LOS POZOS	2	20	22
	> 9.1%	> 90.9%	> 8.6%
	15.4%	8.2%	
ZAPOTAL	0	50	50
	> 0.0%	>100.0%	> 19.5%
	0.0%	20.6%	
Total	13	243	256
	5.1%	94.9%	

TABLA 12a

**CONOCIMIENTO O UTILIZACION DEL SUERO ORAL (SO)
en las comunidades sin promotor (CSP)**

COMUNIDAD	CONO/UTI		
	NO	SI	Total
LAS MERCEDES	34	10	44
	> 77.3%	> 22.7%	> 16.5%
	23.6%	8.1%	
OJOS DE AGUA	38	30	68
	> 55.9%	> 44.1%	> 25.5%
	26.4%	24.4%	
POTONICO	32	39	71
	> 45.1%	> 54.9%	> 26.6%
	22.2%	31.7%	
S A D L CRUZ	12	15	27
	> 44.4%	> 55.6%	> 10.1%
	8.3%	12.2%	
SALITRE	15	12	27
	> 55.6%	> 44.4%	> 10.1%
	10.4%	9.8%	
SAN BENITO	13	17	30
	> 43.3%	> 56.7%	> 11.2%
	9.0%	13.8%	
Total	144	123	267
	53.9%	46.1%	

TABLA 13a

**UTILIZACIÓN DEL SUERO ORAL (SO)
en las comunidades con promotor (CCP)**

UTILIZACIÓN SO			
COMUNIDAD	NO	SI	Total
CARASQUE	1	23	24
	> 4.2%	> 95.8%	> 9.4%
	2.3%	10.8%	
ELLACURIA	8	34	42
	> 19.0%	> 81.0%	> 16.4%
	18.6%	16.0%	
GUARJILA	17	80	97
	> 17.5%	> 82.5%	> 37.9%
	39.5%	37.6%	
HACIENDA VIEJA	4	17	21
	> 19.0%	> 81.0%	> 8.2%
	9.3%	8.0%	
LOS POZOS	3	19	22
	> 13.6%	> 86.4%	> 8.6%
	7.0%	8.9%	
ZAPOTAL	10	40	50
	> 20.0%	> 80.0%	> 19.5%
	23.3%	18.8%	
Total	43	213	256
	16.8%	83.2%	

TABLA 14a

**UTILIZACION DEL SUERO ORAL (SO)
en las comunidades sin promotor (CSP)**

UTILIZACION SO			
COMUNIDAD	NO	SI	Total
LAS MERCEDES	37	7	44
	> 84.1%	> 15.9%	> 16.5%
	15.9%	20.0%	
OJOS DE AGUA	60	8	68
	> 88.2%	> 11.8%	> 25.5%
	25.9%	22.9%	
POTONICO	61	10	71
	> 85.9%	> 14.1%	> 26.6%
	26.3%	28.6%	
S A D L CRUZ	21	6	27
	> 77.8%	> 22.2%	> 10.1%
	9.1%	17.1%	
SALITRE	26	1	27
	> 96.3%	> 3.7%	> 10.1%
	11.2%	2.9%	
SAN BENITO	27	3	30
	> 90.0%	> 10.0%	> 11.2%
	11.6%	8.6%	
Total	232	35	267
	86.9%	13.1	

TABLA 15a

**CONOCIMIENTO O UTILIZACION DEL SUERO ORAL (SO)
en las comunidades sin y con promotor (CSP y CCP)**

CONO/UTI			
COMUNIDAD	NO	SI	Total
CSP	144 > 53.9% 91.7%	123 > 46.1% 33.6%	267 > 51.1%
CCP	13 > 5.1% 8.3%	243 > 94.9% 66.4%	256 > 48.9%
Total	157 30.0%	366 70.0%	523

Riesg Relativ RR=10.62

6.18 < RR < 18.25

Chi-Cuadrad = 148.20

Valor-P = 0.00000000 <---

TABLA 16a

**UTILIZACION DEL SUERO ORAL (SO)
en las comunidades sin y con promotor (CSP y CCP)**

UTILIZACIÓN SO			
COMUNIDAD	NO	SI	Total
CSP	232	35	267
	> 86.9%	> 13.1%	> 51.1%
	84.4%	14.1%	
CCP	43	213	256
	> 16.8%	> 83.2%	> 48.9%
	15.6%	85.9%	
Total	275	248	523
	52.6%	47.4%	

Riesg Relativ = 5.17 3.92 < RR < 6.82

Chi-Cuadrad = 257.04 Valor-P = 0.00000000 <---

TABLA 17a

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA PREVENCIÓN DE DIARREAS
en las comunidades con promotor (CCP)**

NIVEL DE CONOCIMIENTO

COMUNIDAD	INSUFICIENTE	BIEN	MUY BIEN	EXCELENTE	Total
CARASQUE	1 > 4.2%	2 > 8.3%	10 > 41.7%	11 > 45.8%	24 > 9.4%
ELLACURIA	1 > 2.4%	6 > 14.3%	20 > 47.6%	15 > 35.7%	42 > 16.4%
GUARJILA	1 > 1.0%	26 > 26.8%	64 > 66.0%	6 > 6.2%	97 > 37.9%
HACIENDA VIEJA	3 > 14.3%	4 > 19.0%	11 > 52.4%	3 > 14.3%	21 > 8.2%
LOS POZOS	1 > 4.5%	6 > 27.3%	11 > 50.0%	4 > 18.2%	22 > 8.6%
ZAPOTAL	3 > 6.0%	6 > 12.0%	27 > 54.0%	14 > 28.0%	50 > 19.5%
Total	10 > 3.9%	50 > 19.5%	143 > 55.9%	53 > 20.7%	256

TABLA 18a

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA PREVENCIÓN DE DIARREAS
en las comunidades sin promotor (CSP)**

NIVEL DE CONOCIMIENTO

COMUNIDAD	INSUFICIENTE	BIEN	MUY BIEN	EXCELENTE	Total
LAS MERCEDES	14 > 31.8%	15 > 34.1%	14 > 31.8%	1 > 2.3%	44 > 16.5%
OJOS DE AGUA	22 > 32.4%	27 > 39.7%	18 > 26.5%	1 > 1.5%	68 > 25.5%
POTONICO	16 > 22.5%	24 > 33.8%	26 > 36.6%	5 > 7.0%	71 > 26.6%
S A D L CRUZ	4 > 4.8%	17 > 63.0%	6 > 22.2%	0 > 0.0%	27 > 10.1%
SALITRE	13 > 48.1%	7 > 25.9%	7 > 25.9%	0 > 0.0%	27 > 10.1%
SAN BENITO	3 > 10.0%	12 > 40.0%	14 > 46.7%	1 > 3.3%	30 > 11.2%
Total	72 > 27.0%	102 > 38.2%	85 > 31.8%	8 > 3.0%	267

TABLA 19a

**CONOCIMIENTOS SOBRE LA PREVENCIÓN DE DIARREAS
en las comunidades con promotor (CCP)**

CONOCIMIENTOS			
COMUNIDAD	NO	SI	Total
CARASQUE	1	23	24
	> 4.2%	> 95.8%	> 9.4%
	10.0%	9.3%	
ELLACURIA	1	41	42
	> 2.4%	> 97.6%	> 16.4%
	10.0%	16.7%	
GUARJILA	1	96	97
	> 1.0%	> 99.0%	> 37.9%
	10.0%	39.0%	
HACIENDA VIEJA	3	18	21
	> 14.3%	> 85.7%	> 8.2%
	30.0%	7.3%	
LOS POZOS	1	21	22
	> 4.5%	> 95.5%	> 8.6%
	10.0%	8.5%	
ZAPOTAL	3	47	50
	> 6.0%	> 94.0%	> 19.5%
	30.0%	19.1%	
Total	10	246	256
	3.9%	96.1%	

TABLA 20a
CONOCIMIENTOS SOBRE LA PREVENCIÓN DE DIARREAS
en las comunidades sin promotor (CSP)

CONOCIMIENTOS			
COMUNIDAD	NO	SI	Total
LAS MERCEDES	14	30	44
	> 31.8%	> 68.2%	> 16.5%
	19.4%	15.4%	
OJOS DE AGUA	22	46	68
	> 32.4%	> 67.6%	> 25.5%
	30.6%	23.6%	
POTONICO	16	55	71
	> 22.5%	> 77.5%	> 26.6%
	22.2%	28.2%	
S A D L CRUZ	4	23	27
	> 14.8%	> 85.2%	> 10.1%
	5.6%	11.8%	
SALITRE	13	14	27
	> 48.1%	> 51.9%	> 10.1%
	18.1%	7.2%	
SAN BENITO	3	27	30
	> 10.0%	> 90.0%	> 11.2%
	4.2%	13.8%	
Total	72	195	267
	27.0%	73.0%	

TABLA 21a

**CONOCIMIENTOS SOBRE LA PREVENCIÓN DE DIARREAS
en las comunidades sin y con promotor (CSP y CCP)**

CONOCIMIENTOS			
COMUNIDAD	NO	SI	Total
CSP	72 > 27.0% 87.8%	195 > 73.0% 44.2%	267 > 51.1%
CCP	10 > 3.9% 12.2%	246 > 96.1% 55.8%	256 > 48.9%
Total	82 15.7%	441 84.3%	523

Riesgo Relativ RR = 6.90

3.64 < RR < 13.08

Chi-Cuadrad = 52.47

Valor-P = 0.00000000 <---

TABLA 22a

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS CAUSAS DE LA DIARREA
en las comunidades con promotor (CCP)**

NIVEL DE CONOCIMIENTO

COMUNIDAD	INSUFICIENTE	BIEN	MUY BIEN	Total
CARASQUE	2 > 8.3% 5.9%	18 > 75.0% 12.4%	4 > 16.7% 5.2%	24 > 9.4%
ELLACURIA	3 > 7.1% 8.8%	24 > 57.1% 16.6%	15 > 35.7% 19.5%	42 > 16.4%
GUARJILA	20 > 20.6% 58.8%	46 > 47.4% 31.7%	31 > 32.0% 40.3%	97 > 37.9%
HACIENDA VIEJA	6 > 28.6% 17.6%	11 > 52.4% 7.6%	4 > 19.0% 5.2%	21 > 8.2%
LOS POZOS	0 > 0.0% 0.0%	18 > 81.8% 12.4%	4 > 18.2% 5.2%	22 > 8.6%
ZAPOTAL	3 > 6.0% 8.8%	28 > 56.0% 19.3%	19 > 38.0% 24.7%	50 > 19.5%
Total	34 13.3%	145 56.6%	77 30.1%	256

TABLA 23a

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS CAUSAS DE LA DIARREA
en las comunidades sin promotor (CSP)**

NIVEL DE CONOCIMIENTO

COMUNIDAD	INSUFICIENTE	BIEN	MUY BIEN	Total
LAS MERCEDES	11	28	5	44
	25.0%	63.6%	11.4%	16.5%
	14.9%	15.9%	29.4%	
OJOS DE AGUA	23	45	0	68
	33.8%	66.2%	0.0%	25.5%
	31.1%	25.6%	0.0%	
POTONICO	17	47	7	71
	23.9%	66.2%	9.9%	26.6%
	23.0%	26.7%	41.2%	
S A D L CRUZ	2	23	2	27
	7.4%	85.2%	7.4%	10.1%
	2.7%	13.1%	11.8%	
SALITRE	8	17	2	27
	29.6%	63.0%	7.4%	10.1%
	10.8%	9.7%	11.8%	
SAN BENITO	13	16	1	30
	43.3%	53.3%	3.3%	11.2%
	17.6%	9.1%	5.9%	
Total	74	176	17	267
	27.7%	65.9%	6.4%	

TABLA 24a

**CONOCIMIENTO DE LAS CAUSAS DE LA DIARREA
en las comunidades con promotor (CCP)**

CONOCIMIENTO			
COMUNIDAD	NO	SI	Total
CARASQUE	2	22	24
	> 8.3%	> 91.7%	> 9.4%
	5.9%	9.9%	
ELLACURIA	3	39	42
	> 7.1%	> 92.9%	> 16.4%
	8.8%	17.6%	
GUARJILA	20	77	97
	> 20.6%	> 79.4%	> 37.9%
	58.8%	34.7%	
HACIENDA VIEJA	6	15	21
	> 28.6%	> 71.4%	> 8.2%
	17.6%	6.8%	
LOS POZOS	0	22	22
	> 0.0%	>100.0%	> 8.6%
	0.0%	9.9%	
ZAPOTAL	3	47	50
	> 6.0%	> 94.0%	> 19.5%
	8.8%	21.2%	
Total	34	222	256
	13.3%	86.7%	

TABLA 25a

**CONOCIMIENTO DE LAS CAUSAS DE LA DIARREA
en las comunidades sin promotor (CSP)**

CONOCIMIENTO			
COMUNIDAD	NO	SI	Total
LAS MERCEDES	11	33	44
	> 25.0%	> 75.0%	> 16.5%
	14.9%	17.1%	
OJOS DE AGUA	23	45	68
	> 33.8%	> 66.2%	> 25.5%
	31.1%	23.3%	
POTONICO	17	54	71
	> 23.9%	> 76.1%	> 26.6%
	23.0%	28.0%	
S A D L CRUZ	2	25	27
	> 7.4%	> 92.6%	> 10.1%
	2.7%	13.0%	
SALITRE	8	19	27
	> 29.6%	> 70.4%	> 10.1%
	10.8%	9.8%	
SAN BENITO	13	17	30
	> 43.3%	> 56.7%	> 11.2%
	17.6%	8.8%	
Total	74	193	267
	27.7%	72.3%	

TABLA 26a

**CONOCIMIENTO DE LAS CAUSAS DE LA DIARREA
en las comunidades sin y con promotor (CSP y CCP)**

CONOCIMIENTO			
COMUNIDAD	NO	SI	Total
CSP	74 > 27.7% 68.5%	193 > 72.3% 46.5%	267 > 51.1%
CCP	34 > 13.3% 31.5%	222 > 86.7% 53.5%	256 > 48.9%
Total	108 20.7%	415 79.3%	523

Riesg Relativ RR = 2.09 1.44 < RR < 3.02

(Chi-Cuadrad = 16.59 Valor-P = 0.00004650 <---

TABLA 27a

**CALIDAD DEL TRATAMIENTO DE LA FIEBRE
en comunidades con promotor (CCP)**

CALIDAD DEL TRATAMIENTO				
COMUNIDAD	MAL	BIEN	MUY BIEN	Total
CARASQUE	0	6	18	24
>	0.0%	25.0%	75.0%	9.4%
	0.0%	8.1%	10.8%	
ELLACURIA	2	13	27	42
>	4.8%	31.0%	64.3%	16.4%
	13.3%	17.6%	16.2%	
GUARJILA	9	12	76	97
>	9.3%	12.4%	78.4%	37.9%
	60.0%	16.2%	45.5%	
HACIENDA VIEJA	0	11	10	21
>	0.0%	52.4%	47.6%	8.2%
	0.0%	14.9%	6.0%	
LOS POZOS	0	8	14	22
>	0.0%	36.4%	63.6%	8.6%
	0.0%	10.8%	8.4%	
ZAPOTAL	4	24	22	50
>	8.0%	48.0%	44.0%	19.5%
	26.7%	32.4%	13.2%	
Total	15	74	167	256
	5.9%	28.9%	65.2%	

TABLA 28a

**CALIDAD DEL TRATAMIENTO DE LA FIEBRE
en comunidades sin promotor (CSP)**

CALIDAD DEL TRATAMIENTO					
COMUNIDAD	MAL	REGULAR	BIEN	MUY BIEN	Total
LAS MERCEDES	20	2	12	10	44
	45.5%	4.5%	27.3%	22.7%	16.5%
OJOS DE AGUA	41	7	13	7	68
	60.3%	10.3%	19.1%	10.3%	25.5%
POTONICO	15	0	42	14	71
	21.1%	0.0%	59.2%	19.7%	26.6%
S A D L CRUZ	15	1	11	0	27
	55.6%	3.7%	40.7%	0.0%	10.1%
SALITRE	15	6	4	2	27
	55.6%	22.2%	14.8%	7.4%	10.1%
SAN BENITO	9	5	14	2	30
	30.0%	16.7%	46.7%	6.7%	11.2%
Total	115	21	96	35	267
	43.1%	7.9%	36.0%	13.1%	

TABLA 29a

**TRATAMIENTO ACEPTABLE DE LA FIEBRE
en comunidades con promotor (CCP)**

TR. ACEPTABLE

COMUNIDAD	NO	SI	Total
CARASQUE	0	24	24
	> 0.0%	>100.0%	> 9.4%
	0.0%	10.0%	
ELLACURIA	2	40	42
	> 4.8%	> 95.2%	> 16.4%
	13.3%	16.6%	
GUARJILA	9	88	97
	> 9.3%	> 90.7%	> 37.9%
	60.0%	36.5%	
HACIENDA VIEJA	0	21	21
	> 0.0%	>100.0%	> 8.2%
	0.0%	8.7%	
LOS POZOS	0	22	22
	> 0.0%	>100.0%	> 8.6%
	0.0%	9.1%	
ZAPOTAL	4	46	50
	> 8.0%	> 92.0%	> 19.5%
	26.7%	19.1%	
Total	15	241	256
	 5.9%	 94.1%	

TABLA 30a

**TRATAMIENTO ACEPTABLE DE LA FIEBRE
en comunidades sin promotor (CSP)**

TR. ACEPTABLE			
COMUNIDAD	NO	SI	Total
LAS MERCEDES	20	24	44
	> 45.5%	> 54.5%	> 16.5%
	17.4%	15.8%	
OJOS DE AGUA	41	27	68
	> 60.3%	> 39.7%	> 25.5%
	35.7%	17.8%	
POTONICO	15	56	71
	> 21.1%	> 78.9%	> 26.6%
	13.0%	36.8%	
S A D L CRUZ	15	12	27
	> 55.6%	> 44.4%	> 10.1%
	13.0%	7.9%	
SALITRE	15	12	27
	> 55.6%	> 44.4%	> 10.1%
	13.0%	7.9%	
SAN BENITO	9	21	30
	> 30.0%	> 70.0%	> 11.2%
	7.8%	13.8%	
Total	115	152	267
	43.1%	56.9%	

TABLA 31a

**TRATAMIENTO CORRECTO DE LA FIEBRE
en comunidades con promotor (CCP)**

TR. CORRECTO			
COMUNIDAD	NO	SI	Total
CARASQUE	0	24	24
	> 0.0%	>100.0%	> 9.4%
	0.0%	10.0%	
ELLACURIA	2	40	42
	> 4.8%	> 95.2%	> 16.4%
	13.3%	16.6%	
GUARJILA	9	88	97
	> 9.3%	> 90.7%	> 37.9%
	60.0%	36.5%	
HACIENDA VIEJA	0	21	21
	> 0.0%	>100.0%	> 8.2%
	0.0%	8.7%	
LOS POZOS	0	22	22
	> 0.0%	>100.0%	> 8.6%
	0.0%	9.1%	
ZAPOTAL	4	46	50
	> 8.0%	> 92.0%	> 19.5%
	26.7%	19.1%	
Total	15	241	256
	5.9%	94.1%	

TABLA 32a

**TRATAMIENTO CORRECTO DE LA FIEBRE
en comunidades sin promotor (CSP)**

COMUNIDAD	TR. CORRECTO		
	NO	SI	Total
LAS MERCEDES	22	22	44
	> 50.0%	> 50.0%	> 16.5%
	16.2%	16.8%	
OJOS DE AGUA	48	20	68
	> 70.6%	> 29.4%	> 25.5%
	35.3%	15.3%	
POTONICO	15	56	71
	> 21.1%	> 78.9%	> 26.6%
	11.0%	42.7%	
S A D L CRUZ	16	11	27
	> 59.3%	> 40.7%	> 10.1%
	11.8%	8.4%	
SALITRE	21	6	27
	> 77.8%	> 22.2%	> 10.1%
	15.4%	4.6%	
SAN BENITO	14	16	30
	> 46.7%	> 53.3%	> 11.2%
	10.3%	12.2%	
Total	136	131	267
	50.9%	49.1%	

TABLA 33a
TRATAMIENTO ACEPTABLE DE LA FIEBRE
en comunidades sin y con promotor (CSP y CCP)

TR. ACEPTABLE			
COMUNIDAD	NO	SI	Total
CSP	115	152	267
	> 43.1%	> 56.9%	> 51.1%
	88.5%	38.7%	
CCP	15	241	256
	> 5.9%	> 94.1%	> 48.9%
	11.5%	61.3%	
Total	130	393	523
	24.9%	75.1%	

Riesg Relativ RR = 7.35 4.41 < RR < 12.24

Chi-Cuadrad = 96.70 Valor-P = 0.00000000 <---

TABLA 34a

**TRATAMIENTO CORRECTO DE LA FIEBRE
en comunidades sin y con promotor (CSP y CCP)**

TR. CORRECTO			
COMUNIDAD	NO	SI	Total
CSP	136 > 50.9% 90.1%	131 > 49.1% 35.2%	267 > 51.1%
CCP	15 > 5.9% 9.9%	241 > 94.1% 64.8%	256 > 48.9%
Total	151 28.9%	372 71.1%	523

Riesg Relativ RR = 8.69

5.25 < RR < 14.40

Chi-Cuadrad = 129.07

Valor-P = 0.00000000 <---

TABLA 35a
UTILIZACION DEL SUERO ORAL (SO) SEGUN LA EDAD
estratificado por presencia/ ausencia del promotor (CCP y CSP)

UTILIZACIÓN SO

AÑOS	NO	SI	Total	
15 a 20	5 16.1% 11.6%	26 83.9% 12.2%	31 12.1%	CCP
21 a 40	27 18.5% 62.8%	119 81.5% 55.9%	146 57.0%	
41 >	11 13.9% 25.6%	68 86.1% 31.9%	79 30.9%	
Total	43 16.8%	213 83.2%	256	
ChiCuadrad	valor p = 0.67806888			

UTILIZACIÓN SO

AÑOS	NO	SI	Total	
15 a 20	20 90.9% 8.6%	2 9.1% 5.7%	22 8.2%	CSP
21 a 40	128 82.1% 55.2%	28 17.9% 80.0%	156 58.4%	
41 >	84 94.4% 36.2%	5 5.6% 14.3%	89 33.3%	
Total	232 86.9%	35 13.1%	267	
ChiCuadrad	valor p = 0.01921140 <---			

TABLA 36a

UTILIZACION DEL SUERO ORAL (SO) SEGUN EL NIVEL ESCOLAR Estratificado por presencia/ ausencia del promotor (CCP y CSP)

NIVEL ESC.	SOTRAZA		Total CCP
	NO	SI	
0 a 3	29 > 16.5% 67.4%	147 > 83.5% 69.0%	176 > 68.8%
4 >	14 > 17.5% 32.6%	66 > 82.5% 31.0%	80 > 31.3%
Total	43 16.8%	213 83.2%	256

RR=0.94 0.53 < RR < 1.68
 X^2 ; p = 0.839

NIVEL ESC.	SOTRAZA		Total CSP
	NO	SI	
0 a 3	154 > 88.0% 66.4%	21 > 12.0% 60.0%	175 > 65.5%
4 >	78 > 84.8% 33.6%	14 > 15.2% 40.0%	92 > 34.5%
Total	232 86.9%	35 13.1%	267

RR = 1.04 0.94 < RR < 1.15
 X^2 ; p = 0.459

RIESGO RELATIVO RESUMEN

RR resumen = 1.02 0.90 < RR < 1.16
 ChiCuadrado resumen X^2 ; p = 0.81841265

TABLA 37a

UTILIZACION DEL SUERO ORAL (SO) SEGUN EL NUMERO DE HIJOS
Estratificado por presencia/ ausencia del promotor (CCP y CSP)

HIJOS	SOTRAZA		Total	CCP
	NO	SI		
0 a 4	21 > 14.5% 50.0%	124 > 85.5% 58.5%	145 > 57.1%	
5 a >	21 > 19.3% 50.0%	88 > 80.7% 41.5%	109 > 42.9%	
Total	42 16.5%	212 83.5%	254	

Riesg Relativ RR= 0.75 0.43 < RR < 1.30
 X^2 ; p = 0.31074510

HIJOS	SOTRAZA		Total	CSP
	NO	SI		
0 a 4	123 > 82.0% 53.0%	27 > 18.0% 77.1%	150 > 56.2%	
5 a >	109 > 93.2% 47.0%	8 > 6.8% 22.9%	117 > 43.8%	
Total	232 86.9%	35 13.1%	267	

Riesg Relativ RR= 0.88 0.80 < RR < 0.96
 X^2 ; p = 0.00744073

RIESGO RELATIVO RESUMEN

RR resumen = 0.86 0.77 < RR < 0.96
 ChiCuadrado resumen M-H X^2 ; p = 0.01456767 <-

--

TABLA 38a

**CONOCIMIENTOS DE MEDIDAS PREVENTIVAS DE
DIARREAS SEGUN LA EDAD
Estratificado por presencia/ ausencia del promotor (CCP y CSP)**

AÑOS	PREVENT			Total	CCP
	NO	SI			
15 a 20	0 0.0% 0.0%	31 100.0% 12.6%		31 12.1%	
21 a 40	5 3.4% 50.0%	141 96.6% 57.3%		146 57.0%	
41 >	5 6.3% 50.0%	74 93.7% 30.1%		79 30.9%	
Total	10 3.9%	246 96.1%		256	

$\chi^2 = 2.59$ Gr de L. = 2
p = 0.27446862

AÑOS	PREVENT			Total	CSP
	NO	SI			
15 a 20	4 18.2% 5.6%	18 81.8% 9.2%		22 8.2%	
21 a 40	45 28.8% 62.5%	111 71.2% 56.9%		156 58.4%	
41 >	23 25.8% 31.9%	66 74.2% 33.8%		89 33.3%	
Total	72 27.0%	195 73.0%		267	

$\chi^2 = 1.20$ Gr de L. = 2 p = 0.54909309

TABLA 39a

CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS DE DIARREAS SEGUN EL NIVEL ESCOLAR Estratificado por presencia/ ausencia del promotor (CCP y CSP)

NIVEL ESC.	PREVENT		Total
	NO	SI	
0 a 3	7 > 4.0% 70.0%	169 > 96.0% 68.7%	176 > 68.8%
4 >	3 > 3.8% 30.0%	77 > 96.3% 31.3%	80 > 31.3%
Total	10 3.9%	246 96.1%	256

RR = 1.06 0.28 < RR < 4.00

X² ; p = 0.93

Exact Fisher: valor-P 1-cola: 0.6170299
valor-P

NIVEL ESC.	PREVENT		Total CSP
	NO	SI	
0 a 3	59 > 33.7% 81.9%	116 > 66.3% 59.5%	175 > 65.5%
4 >	13 > 14.1% 18.1%	79 > 85.9% 40.5%	92 > 34.5%
Total	72 27.0%	195 73.0%	267

RR = 2.39 1.38 < RR < 4.11

X² ; p = 0.00062545

RR resumen = 2.13 1.29 < RR < 3.50
ChiCuadrado resumen M-H X²; p = 0.00223840

TABLA 40a

CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS DE DIARREAS SEGUN EL NUMERO DE HIJOS Estratificado por presencia/ ausencia del promotor (CCP y CSP)

HIJOS	PREVENT		Total	CCP
	NO	SI		
0 a 4	6 > 4.1% 60.0%	139 > 95.9% 57.0%	145 > 57.1%	
5 >	4 > 3.7% 40.0%	105 > 96.3% 43.0%	109 > 42.9%	
Total	10 3.9%	244 96.1%	254	

Riesg Relativ RR=1.13 0.33 < RR < 3.90
 X^2 ; p = 0.84966997
 Exact Fisher: valor-P 1-cola: 0.5593629
 valor-P 2-colas:
 1.0000000

HIJOS	PREVENT		Total	CSP
	NO	SI		
0 a 4	39 > 26.0% 54.2%	111 > 74.0% 56.9%	150 > 56.2%	
5 >	33 > 28.2% 45.8%	84 > 71.8% 43.1%	117 > 43.8%	
Total	72 27.0%	195 73.0%	267	

Riesg Relativ RR= 0.92 0.62 < RR < 1.37
 X^2 ; p = 0.68761343
 RR resumen = 0.94 0.65 < RR < 1.38
 ChiCuadrado resumen X^2 ; p = 0.86663332

TABLA 41a

**CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCION DE DIARREAS SEGUN LA LETRINIZACION
Estratificado por presencia/ ausencia del promotor (CCP y CSP)**

CCP	PREVENT			Total
	LETRINA	NO	SI	
NO		2	42	44
		4.5%	95.5%	17.2%
SI		8	204	212
		3.8%	96.2%	82.8%
Total		10	246	256
		3.9%	96.1%	

Riesg Relativ RR= 1.20 0.26 < RR < 5.48
Chi-Cuadrad Valor-P= 0.81031761

Exact Fisher: valor-P 1-cola: 0.5372109
 valor-P 2-colas: 0.6833169

LETRINA	PREVENT			Total	CSP
	NO	SI			
2	37	51	88		
	42.0%	58.0%	33.0%		
	51.4%	26.2%			
3	35	144	179		
	19.6%	80.4%	67.0%		
	48.6%	73.8%			
Total	72	195	267		
	27.0%	73.0%			

Riesg Relativ RR= 2.15 1.46 < RR < 3.16
Chi-Cuadrad Valor-P =0.00010207 <---

RIESGO RELATIVO RESUMEN

RR resumen =2.05 1.41 < RR < 2.98
ChiCuadrado resumen M-H X² ; p =0.00030070 <----=

TABLA 42a
CONOCIMIENTOS SOBRE LAS CAUSAS DE DIARREAS
SEGUN LA EDAD
Estratificado por presencia/ ausencia del promotor (CCP y CSP)

AÑOS	CAUSA			Total CCP
	NO	SI		
15 a 20	5 > 16.1% 14.7%	26 > 83.9% 11.7%		31 > 12.1%
21 a 40	19 > 13.0% 55.9%	127 > 87.0% 57.2%		146 > 57.0%
41 >	10 > 12.7% 29.4%	69 > 87.3% 31.1%		79 > 30.9%
Total	34 13.3%	222 86.7%		256

$\chi^2 = 0.25$ Gr de L. = 2
 $p = 0.88074090$

AÑOS	CAUSA			Total CSP
	NO	SI		
15 a 20	4 > 18.2% 5.4%	18 > 81.8% 9.3%		22 > 8.2%
21 a 40	45 > 28.8% 60.8%	111 > 71.2% 57.5%		156 > 58.4%
41 >	25 > 28.1% 33.8%	64 > 71.9% 33.2%		89 > 33.3%
Total	74 27.7%	193 72.3%		267

$\chi^2 = 1.10$ Gr de L. = 2
 $p = 0.57583183$

TABLA 43a

**CONOCIMIENTOS SOBRE LAS CAUSAS DE DIARREAS
SEGUN NIVEL ESCOLAR Estratificado por presencia/
ausencia del promotor (CCP y CSP)**

NIVEL ESC.	CAUSA DE DIARREAS		
	NO	SI	Total CCP
0 - 3	25 > 14.2% 73.5%	151 > 85.8% 68.0%	176 > 68.8%
4 >	9 > 11.3% 26.5%	71 > 88.8% 32.0%	80 > 31.3%
Total	34 13.3%	222 86.7%	256

RR= 1.26 0.62 < RR < 2.58
X² ; p = 0.51932511

NIVEL ESC.	CAUSA		
	NO	SI	Total CSP
0 3	56 > 32.0% 75.7%	119 > 68.0% 61.7%	175 > 65.5%
4 >	18 > 19.6% 24.3%	74 > 80.4% 38.3%	92 > 34.5%
Total	74 27.7%	193 72.3%	267

Riesg Relativ RR= 1.64 1.03 < RR < 2.61
X² ; p = 0.03129787

RR resumen =1.51 1.02 < RR < 2.23
ChiCuadrado resumen M-H X² ; p =0.04489471

TABLA 44a

CONOCIMIENTOS SOBRE LAS CAUSAS DE DIARREAS SEGUN EL NUMERO DE HIJOS
Estratificado por presencia/ ausencia del promotor (CCP y CSP)

HIJOS	CAUSA			CCP
	NO	SI	Total	
0 a 4	24 > 16.6% 70.6%	121 > 83.4% 55.0%	145 > 57.1%	
5 >	10 > 9.2% 29.4%	99 > 90.8% 45.0%	109 > 42.9%	
Total	34 13.4%	220 86.6%	254	

Riesg Relativ RR= 1.80 0.90 < RR < 3.61
 X² ; p = 0.08805801

HIJOS	CAUSA			CSP
	NO	SI	Total	
0 a 4	35 > 23.3% 47.3%	115 > 76.7% 59.6%	150 > 56.2%	
5 >	39 > 33.3% 52.7%	78 > 66.7% 40.4%	117 > 43.8%	
Total	74 27.7%	193 72.3%	267	

Riesg Relativ RR= 0.70 0.48 < RR < 1.03
 X² ; p = 0.07061529

RIESGO RELATIVO RESUMEN

RR resumen =0.93 0.67 < RR < 1.30
 ChiCuadrado resumen M-H X² ; p = 0.74310840

TABLA 46a

**TRATAMIENTO CORRECTO DE LA FIEBRE SEGUN LA EDAD
Estratificado por presencia/ ausencia del promotor (CCP y CSP)**

AÑOS	FIEBETRAZ			CCP
	NO	SI	Total	
15 a 20	3 > 9.7% 20.0%	28 > 90.3% 11.6%	31 > 12.1%	
21 a 40	9 > 6.2% 60.0%	137 > 93.8% 56.8%	146 > 57.0%	
41 >	3 > 3.8% 20.0%	76 > 96.2% 31.5%	79 > 30.9%	
Total	15 5.9%	241 94.1%	256	

$\chi^2 = 1.45$ Gr de L. = 2
p = 0.48365710

AÑOS	FIEBETRAZ.			CSP
	NO	SI	Total	
15 a 20	11 > 50.0% 8.1%	11 > 50.0% 8.4%	22 > 8.2%	
21 a 40	72 > 46.2% 52.9%	84 > 53.8% 64.1%	156 > 58.4%	
41 >	53 > 59.6% 39.0%	36 > 40.4% 27.5%	89 > 33.3%	
Total	136 50.9%	131 49.1%	267	

$\chi^2 = 4.08$ Gr de L. = 2
p = 0.13015457

TABLA 47a

TRATAMIENTO CORRECTO DE LA FIEBRE SEGUN EL NIVEL ESCOLAR Estratificado por presencia/ ausencia del promotor (CCP y CSP)

NIVEL ESC.	FIEBETRAZ.		Total CCP
	NO	SI	
0 - 3	11 > 6.3% 73.3%	165 > 93.8% 68.5%	176 > 68.8%
4 >	4 > 5.0% 26.7%	76 > 95.0% 31.5%	80 > 31.3%
Total	15 5.9%	241 94.1%	256

RR= 1.25 0.41 < RR < 3.81
 X^2 ; p = 0.69362721
 Exact Fisher: valor-P 1-cola: 0.4703121
 valor-P 2-colas: 0.7823824

NIVEL ESC.	FIEBETRAZ.		Total CSP
	NO	SI	
0 - 3	108 > 61.7% 79.4%	67 > 38.3% 51.1%	175 > 65.5%
4 >	28 > 30.4% 20.6%	64 > 69.6% 48.9%	92 > 34.5%
Total	136 50.9%	131 49.1%	267

RR= 2.03 1.46 < RR < 2.82
 X^2 ; p = 0.00000124

RR resumen =1.93 1.40 < RR < 2.64
 ChiCuadrado resumen M-H X^2 :p = 0.00000787 <--

TABLA 48a

**TRATAMIENTO CORRECTO DE LA FIEBRE SEGUN EL
NUMERO DE HIJOS**

Estratificado por presencia/ ausencia del promotor (CCP y CSP)

HIJOS	FIEBETRAZ			CCP
	NO	SI	Total	
0 a 4	9 > 6.2% 64.3%	136 > 93.8% 56.7%	145 > 57.1%	
5 >	5 > 4.6% 35.7%	104 > 95.4% 43.3%	109 > 42.9%	
Total	14 5.5%	240 94.5%	254	

Riesg Relativ RR= 1.35 0.47 < RR < 3.92
X² ; p = 0.57631847

HIJOS	FIEBETRAZ.			CSP
	NO	SI	Total	
0 a 4	73 > 48.7% 53.7%	77 > 51.3% 58.8%	150 > 56.2%	
5 >	63 > 53.8% 46.3%	54 > 46.2% 41.2%	117 > 43.8%	
Total	136 50.9%	131 49.1%	267	

Riesg Relativ RR= 0.90 0.71 < RR < 1.14
X² ; p = 0.40179550

RIESGO RELATIVO RESUMEN

RR resumen = 0.94 0.74 < RR < 1.18
ChiCuadrado resumen M-H X² ; p = 0.66948206

TABLA 1b

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES ENCUESTADAS SEGÚN LA EDAD
en comunidades con y sin promotor (CCP y CSP)

ANOS	CCP	CSP	Total
15 a 20	32	43	75
	42.7%	57.3%	14.6%
	12.5%	16.8%	
21 a 30	103	91	194
	53.1%	46.9%	37.9%
	40.2%	35.5%	
31 a 40	64	48	112
	57.1%	42.9%	21.9%
	25.0%	18.8%	
41 a 50	29	43	72
	40.3%	59.7%	14.1%
	11.3%	16.8%	
51 a >	28	31	59
	47.5%	52.5%	11.5%
	10.9%	12.1%	
Total	256	256	512
	50.0%	50.0%	

ChiCuadrad = 7.52
Grados de libertad = 4
valor p = 0.11100231

TABLA 2b

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES ENCUESTADAS SEGÚN EL NIVEL ESCOLAR
en comunidades con y sin promotor (CCP y CSP)

NIVEL ESC	CCP	CSP	Total
0	87 > 60.4% 34.0%	57 > 39.6% 22.3%	144 > 28.1%
1 a 3	104 > 55.6% 40.6%	83 > 44.4% 32.4%	187 > 36.5%
4 a 6	43 > 42.6% 16.8%	58 > 57.4% 22.7%	101 > 19.7%
7 a 9	13 > 25.0% 5.1%	39 > 75.0% 15.2%	52 > 10.2%
Bach.	8 > 36.4% 3.1%	14 > 63.6% 5.5%	22 > 4.3%
Univ.	1 > 16.7% 0.4%	5 > 83.3% 2.0%	6 > 1.2%
Total	256 50.0%	256 50.0%	512

Chi cuadrado agrupando (bach.) y (univ.):
ChiCuadrado = 27.41
Grados de libertad = 4
valor p = 0.00001644 <---

TABLA 3b

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES ENCUESTADAS SEGÚN EL NÚMERO DE HIJOS
en comunidades con y sin promotor (CCP y CSP)

N° HIJOS	CCP	CSP	Total
0	4 100.0% 1.6%	0 0.0% 0.0%	4 0.8%
1 a 4	150 46.3% 58.6%	174 53.7% 68.0%	324 63.3%
5 a 9	86 55.1% 33.6%	70 44.9% 27.3%	156 30.5%
10 a >	16 57.1% 6.3%	12 42.9% 4.7%	28 5.5%
Total	256 50.0%	256 50.0%	512

ChiCuadrad = 7.99
Grados de libertad = 3
valor p = 0.04621401 <---

TABLA 4b

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES ENCUESTADAS SEGÚN LA LETRINIZACIÓN
 en comunidades con y sin promotor (CCP y CSP)

LETRINA	CCP	CSP	Total
NO	106 > 77.9% > 41.4%	30 > 22.1% > 11.7%	136 > 26.6%
SI	150 > 39.9% > 58.6%	226 > 60.1% > 88.3%	376 > 73.4%
Total	256 50.0%	256 50.0%	512

Chi-Cuadrad Valor-P = 0.00000000 <---

TABLA 5b

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL ESCOLAR Y LA EDAD
en comunidades con promotor (CCP)

ANOS

NIVEL ESC	15 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a >	Total
0	2	27	28	14	16	87
	> 2.3%	> 31.0%	> 32.2%	> 16.1%	> 18.4%	> 34.0%
	6.3%	26.2%	43.8%	48.3%	57.1%	
1 a 3	15	40	27	13	9	104
	> 14.4%	> 38.5%	> 26.0%	> 12.5%	> 8.7%	> 40.6%
	46.9%	38.8%	42.2%	44.8%	32.1%	
4 a 6	11	21	7	2	2	43
	> 25.6%	> 48.8%	> 16.3%	> 4.7%	> 4.7%	> 16.8%
	34.4%	20.4%	10.9%	6.9%	7.1%	
7 a 9	3	8	2	0	0	13
	> 23.1%	> 61.5%	> 15.4%	> 0.0%	> 0.0%	> 5.1%
	9.4%	7.8%	3.1%	0.0%	0.0%	
bach.	1	6	0	0	1	8
	> 12.5%	> 75.0%	> 0.0%	> 0.0%	> 12.5%	> 3.1%
	3.1%	5.8%	0.0%	0.0%	3.6%	
univ.	0	1	0	0	0	1
	> 0.0%	> 100.0%	> 0.0%	> 0.0%	> 0.0%	> 0.4%
	0.0%	1.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
Total	32	103	64	29	28	256
	12.5%	40.2%	25.0%	11.3%	10.9%	

TABLA 6b

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL ESCOLAR Y LA EDAD
en comunidades sin promotor (CSP)

ANOS

NIVEL ESC	15 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a >	Total
0	8 > 14.0% 18.6%	15 > 26.3% 16.5%	11 > 19.3% 22.9%	11 > 19.3% 25.6%	12 > 21.1% 38.7%	57 > 22.3%
1 a 3	11 > 13.3% 25.6%	27 > 32.5% 29.7%	19 > 22.9% 39.6%	14 > 16.9% 32.6%	12 > 14.5% 38.7%	83 > 32.4%
4 a 6	5 > 8.6% 11.6%	26 > 44.8% 28.6%	6 > 10.3% 12.5%	14 > 24.1% 32.6%	7 > 12.1% 22.6%	58 > 22.7%
7 a 9	17 > 43.6% 39.5%	13 > 33.3% 14.3%	6 > 15.4% 12.5%	3 > 7.7% 7.0%	0 > 0.0% 0.0%	39 > 15.2%
bach.	2 > 14.3% 4.7%	7 > 50.0% 7.7%	4 > 28.6% 8.3%	1 > 7.1% 2.3%	0 > 0.0% 0.0%	14 > 5.5%
univ.	0 > 0.0% 0.0%	3 > 60.0% 3.3%	2 > 40.0% 4.2%	0 > 0.0% 0.0%	0 > 0.0% 0.0%	5 > 2.0%
Total	43 16.8%	91 35.5%	48 18.8%	43 16.8%	31 12.1%	256

TABLA 7b

RELACION ENTRE EL NÚMERO DE HIJOS Y LA EDAD
en comunidades con promotor (CCP)

ANOS

N° HIJOS	15 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a >	Total
0	2	2	0	0	0	4
	> 50.0%	> 50.0%	> 0.0%	> 0.0%	> 0.0%	> 1.6%
	6.3%	1.9%	0.0%	0.0%	0.0%	
1 a 4	30	89	21	3	7	150
	> 20.0%	> 59.3%	> 14.0%	> 2.0%	> 4.7%	> 58.6%
	93.8%	86.4%	32.8%	10.3%	25.0%	
5 a 9	0	12	40	19	15	86
	> 0.0%	> 14.0%	> 46.5%	> 22.1%	> 17.4%	> 33.6%
	0.0%	11.7%	62.5%	65.5%	53.6%	
10 a >	0	0	3	7	6	16
	> 0.0%	> 0.0%	> 18.8%	> 43.8%	> 37.5%	> 6.3%
	0.0%	0.0%	4.7%	24.1%	21.4%	
Total	32	103	64	29	28	256
	12.5%	40.2%	25.0%	11.3%	10.9%	

TABLA 8b

RELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE HIJOS Y LA EDAD
en comunidades sin promotor (CSP)

ANOS

N° HIJOS	15 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a >	Total
0	0 > 0.0% 0.0%	0 > 0.0% 0.0%	0 > 0.0% 0.0%	0 > 0.0% 0.0%	0 > 0.0% 0.0%	0 > 0.0%
1 a 4	43 > 24.7% 100.0%	83 > 47.7% 91.2%	22 > 12.6% 45.8%	17 > 9.8% 39.5%	9 > 5.2% 29.0%	174 > 68.0%
5 a 9	0 > 0.0% 0.0%	8 > 11.4% 8.8%	26 > 37.1% 54.2%	22 > 31.4% 51.2%	14 > 20.0% 45.2%	70 > 27.3%
10 a > 4	0 > 0.0% 0.0%	0 > 0.0% 0.0%	0 > 0.0% 0.0%	4 > 33.3% 9.3%	8 > 66.7% 25.8%	12 > 4.7%
Total	43 16.8%	91 35.5%	48 18.8%	43 16.8%	31 12.1%	256

TABLA 9 b

TRATAMIENTO DE LA DIARREA
en las comunidades con promotor (CCP)

TRATAMIENTO DIARREA

COMUNIDAD	INSUFICIENTE	SUFICIENTE	BIEN	Total
S. DIEGO	22	11	68	101
	21.8%	10.9%	67.3%	39.5%
	36.1%	40.7%	40.5%	
EL PROGRESO	8	1	10	19
	42.1%	5.3%	52.6%	7.4%
	13.1%	3.7%	6.0%	
TIJERETAS	5	0	18	23
	21.7%	0.0%	78.3%	9.0%
	8.2%	0.0%	10.7%	
AGUA ZARCA	4	3	13	20
	20.0%	15.0%	65.0%	7.8%
	6.6%	11.1%	7.7%	
AZACUALPA	12	1	26	39
	30.8%	2.6%	66.7%	15.2%
	19.7%	3.7%	15.5%	
VOLCANCILLO	8	10	27	45
	17.8%	22.2%	60.0%	17.6%
	13.1%	37.0%	16.1%	
S. JUAN DE LA CRUZ	2	1	6	9
	22.2%	11.1%	66.7%	3.5%
	3.3%	3.7%	3.6%	
Total	61	27	168	256
	23.8%	10.5%	65.6%	

TABLA 10 b

TRATAMIENTO DE LA DIARREA
en las comunidades sin promotor (CSP)

TRATAMIENTO DIARREA

COMUNIDAD	INSUFICIENTE	SUFICIENTE	BIEN	Total
S. FERNANDO	21	6	49	76
	27.6%	7.9%	64.5%	29.7%
	24.7%	42.9%	31.2%	
PERKIN	44	5	61	110
	40.0%	4.5%	55.5%	43.0%
	51.8%	35.7%	38.9%	
TOROLA	20	3	47	70
	28.6%	4.3%	67.1%	27.3%
	23.5%	21.4%	29.9%	
Total	85	14	157	256
	33.2%	5.5%	61.3%	

TABLA 11 b

CONOCIMIENTO O UTILIZACIÓN DEL SUERO ORAL (SO)
en las comunidades con promotor (CCP)

CONO/UTI SO			
COMUNIDAD	NO	SI	Total
S. DIEGO	22	79	101
	> 21.8%	> 78.2%	> 39.5%
	36.1%	40.5%	
EL PROGRESO	8	11	19
	> 42.1%	> 57.9%	> 7.4%
	13.1%	5.6%	
TIJERETAS	5	18	23
	> 21.7%	> 78.3%	> 9.0%
	8.2%	9.2%	
AGUA ZARACA	4	16	20
	> 20.0%	> 80.0%	> 7.8%
	6.6%	8.2%	
AZACUALPA	12	27	39
	> 30.8%	> 69.2%	> 15.2%
	19.7%	13.8%	
VOLCANCILLO	8	37	45
	> 17.8%	> 82.2%	> 17.6%
	13.1%	19.0%	
S. JUAN DE LA CRUZ	2	7	9
	> 22.2%	> 77.8%	> 3.5%
	3.3%	3.6%	
Total	61	195	256
	23.8%	76.2%	

TABLA 12 b

CONOCIMIENTO O UTILIZACIÓN DEL SUERO ORAL (SO)
 en las comunidades sin promotor (CSP)

CONO/UTI SO			
COMUNIDAD	NO	SI	Total
S. FERNANDO	21	55	76
	> 27.6%	> 72.4%	> 29.7%
	24.7%	32.2%	
PERKIN	44	66	110
	> 40.0%	> 60.0%	> 43.0%
	51.8%	38.6%	
TOROLA	20	50	70
	> 28.6%	> 71.4%	> 27.3%
	23.5%	29.2%	
Total	85	171	256
	33.2%	66.8%	

TABLA 13 b

UTILIZACIÓN DEL SUERO ORAL (SO)
en las comunidades con promotor (CCP)

UTILIZACIÓN SO

COMUNIDAD	NO	SI	Total
S. DIEGO	33	68	101
	> 32.7%	> 67.3%	> 39.5%
	37.5%	40.5%	
EL PROGRESO	9	10	19
	> 47.4%	> 52.6%	> 7.4%
	10.2%	6.0%	
TIJERETAS	5	18	23
	> 21.7%	> 78.3%	> 9.0%
	5.7%	10.7%	
AGUA ZARCA	7	13	20
	> 35.0%	> 65.0%	> 7.8%
	8.0%	7.7%	
AZACUALPA	13	26	39
	> 33.3%	> 66.7%	> 15.2%
	14.8%	15.5%	
VOLCANCILLO	18	27	45
	> 40.0%	> 60.0%	> 17.6%
	20.5%	16.1%	
S. JUAN DE LA CRUZ	3	6	9
	> 33.3%	> 66.7%	> 3.5%
	3.4%	3.6%	
Total	88	168	256
	34.4%	65.6%	

TABLA 14 b

UTILIZACIÓN DEL SUERO ORAL (SO)
 en las comunidades sin promotor (CSP)

UTILIZACIÓN SO

COMUNIDAD	NO	SI	Total
S. FERNANDO	27	49	76
	> 35.5%	> 64.5%	> 29.7%
	27.3%	31.2%	
PERKIN	49	61	110
	> 44.5%	> 55.5%	> 43.0%
	49.5%	38.9%	
TOROLA	23	47	70
	> 32.9%	> 67.1%	> 27.3%
	23.2%	29.9%	
Total	99	157	256
	38.7%	61.3%	

TABLA 15 b

CONOCIMIENTO O UTILIZACIÓN DEL SUERO ORAL (SO)
 en las comunidades sin y con promotor (CSP y CCP)

COMUNIDADES	CONO/UTI SO		Total
	NO	SI	
CSP	85	171	256
	> 33.2%	> 66.8%	> 50.0%
	58.2%	46.7%	
CCP	61	195	256
	> 23.8%	> 76.2%	> 50.0%
	41.8%	53.3%	
Total	146	366	512
	28.5%	71.5%	

Riesg Relativ: RR= 1.39 1.05 < RR < 1.84

Chi-Cuadrad ; Valor-P = 0.01892755 <---

TABLA 16 b

UTILIZACIÓN DEL SUERO ORAL (SO)
 en las comunidades sin y con promotor (CSP y CCP)

UTILIZACIÓN SO

COMUNIDADES	NO	SI	Total
CSP	99 > 38.7% 52.9%	157 > 61.3% 48.3%	256 > 50.0%
CCP	88 > 34.4% 47.1%	168 > 65.6% 51.7%	256 > 50.0%
Total	187 36.5%	325 63.5%	512

Riesg Relativ; RR = 1.13 0.89 < RR <
 1.41

Chi-Cuadrad Valor-P = 0.31314234

TABLA 17 b

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA PREVENCIÓN DE DIARREAS
en las comunidades con promotor (CCP)

NIVEL DE CONOCIMIENTO

COMUNIDAD	INSUFICIENTE	BIEN	MUY BIEN	EXCELENTE	Total
S. DIEGO	12	33	52	4	101
>	11.9%	32.7%	1.5%	4.0%	39.5%
	50.0%	45.8%	34.9%	36.4%	
PROGRESO	3	10	5	1	19
>	15.8%	52.6%	26.3%	5.3%	7.4%
	12.5%	13.9%	3.4%	9.1%	
TIJERETAS	1	7	14	1	23
>	4.3%	30.4%	60.9%	4.3%	9.0%
	4.2%	9.7%	9.4%	9.1%	
AGUA ZARCA	2	6	11	1	20
>	10.0%	30.0%	55.0%	5.0%	7.8%
	8.3%	8.3%	7.4%	9.1%	
AZACUALPA	4	7	25	3	39
>	10.3%	17.9%	64.1%	7.7%	15.2%
	16.7%	9.7%	16.8%	27.3%	
VOLCANCILLO	1	7	37	0	45
>	2.2%	15.6%	82.2%	0.0%	17.6%
	4.2%	9.7%	24.8%	0.0%	
S. JUAN DE LA CRUZ	1	2	5	1	9
>	11.1%	22.2%	55.6%	11.1%	3.5%
	4.2%	2.8%	3.4%	9.1%	
Total	24	72	149	11	256
	9.4%	28.1%	58.2%	4.3%	

TABLA 18 b

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA PREVENCIÓN DE DIARREAS
en las comunidades sin promotor (CSP)

NIVEL DE CONOCIMIENTO

COMUNIDAD	INSUFICIENTE	BIEN	MUY BIEN	EXCELENTE	Total
S. FERNANDO	2	33	35	6	76
	2.6%	43.4%	46.1%	7.9%	29.7%
	33.3%	35.9%	24.8%	35.3%	
PERKIN	3	43	56	8	110
	2.7%	39.1%	50.9%	7.3%	43.0%
	50.0%	46.7%	39.7%	47.1%	
TOROLA	1	16	50	3	70
	1.4%	22.9%	71.4%	4.3%	27.3%
	16.7%	17.4%	35.5%	17.6%	
Total	6	92	141	17	256
	2.3%	35.9%	55.1%	6.6%	

TABLA 19 b

CONOCIMIENTOS SOBRE LA PREVENCIÓN DE DIARREAS
en las comunidades con promotor (CCP)

CONOCIMIENTOS			
COMUNIDAD	NO	SI	Total
S.DIEGO	12	89	101
	> 11.9%	> 88.1%	> 39.5%
	50.0%	38.4%	
EL PROGRESO	3	16	19
	> 15.8%	> 84.2%	> 7.4%
	12.5%	6.9%	
TIJERETAS	1	22	23
	> 4.3%	> 95.7%	> 9.0%
	4.2%	9.5%	
AGUA ZARCA	2	18	20
	> 10.0%	> 90.0%	> 7.8%
	8.3%	7.8%	
AZACUALPA	4	35	39
	> 10.3%	> 89.7%	> 15.2%
	16.7%	15.1%	
VOLCANCILLO	1	44	45
	> 2.2%	> 97.8%	> 17.6%
	4.2%	19.0%	
S. JUAN DE LA CRUZ	1	8	9
	> 11.1%	> 88.9%	> 3.5%
	4.2%	3.4%	
Total	24	232	256
	9.4%	90.6%	

TABLA 20 b
 CONOCIMIENTOS SOBRE LA PREVENCIÓN DE DIARREAS
 en las comunidades sin promotor (CSP)

CONOCIMIENTOS			
CANTON	NO	SI	Total
S. FERNANDO	2	74	76
	> 2.6%	> 97.4%	> 29.7%
	33.3%	29.6%	
PERKIN	3	107	110
	> 2.7%	> 97.3%	> 43.0%
	50.0%	42.8%	
TOROLA	1	69	70
	> 1.4%	> 98.6%	> 27.3%
	16.7%	27.6%	
Total	6	250	256
	2.3%	97.7%	

TABLA 21 b

CONOCIMIENTOS SOBRE LA PREVENCIÓN DE DIARREAS
 en las comunidades sin y con promotor (CSP y CCP)

CONOCIMIENTOS			
COMUNIDADES	NO	SI	Total
CSP	6	250	256
	2.3%	97.7%	50.0%
	20.0%	51.9%	
CCP	24	232	256
	9.4%	90.6%	50.0%
	80.0%	48.1%	
Total	30	482	512
	5.9%	94.1%	

Riesg Relativ RR = 0.25 0.10 < RR < 0.60

Chi-Cuadrad Valor-P = 0.00071502 <---

TABLA 22 b

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS CAUSAS DE LA DIARREA
en las comunidades con promotor (CCP)

NIVEL DE CONOCIMIENTO

COMUNIDAD	INSUFICIENTE	BIEN	MUY BIEN	Total
S.DIEGO	14	82	5	101
	13.9%	81.2%	5.0%	39.5%
	46.7%	39.2%	29.4%	
EL PROGRESO	4	13	2	19
	21.1%	68.4%	10.5%	7.4%
	13.3%	6.2%	11.8%	
TIJERETAS	2	21	0	23
	8.7%	91.3%	0.0%	9.0%
	6.7%	10.0%	0.0%	
AGUA ZARCA	1	18	1	20
	5.0%	90.0%	5.0%	7.8%
	3.3%	8.6%	5.9%	
AZACUALPA	5	32	2	39
	12.8%	82.1%	5.1%	15.2%
	16.7%	15.3%	11.8%	
VOLCANCILLO	3	37	5	45
	6.7%	82.2%	11.1%	17.6%
	10.0%	17.7%	29.4%	
S. JUAN DE LA CRUZ	1	6	2	9
	1.1%	66.7%	22.2%	3.5%
	3.3%	2.9%	11.8%	
Total	30	209	17	256
	11.7%	81.6%	6.6%	

TABLA 23 b

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS CAUSAS DE LA DIARREA
en las comunidades sin promotor (CSP)

NIVEL DE CONOCIMIENTO

COMUNIDAD	INSUFICIENTE	BIEN	MUY BIEN	Total
S. FERNANDO	7	69	0	76
	9.2%	90.8%	0.0%	29.7%
	38.9%	29.5%	0.0%	
PERKIN	5	101	4	110
	4.5%	91.8%	3.6%	43.0%
	27.8%	43.2%	100.0%	
TOROLA	6	64	0	70
	8.6%	91.4%	0.0%	27.3%
	33.3%	27.4%	0.0%	
Total	18	234	4	256
	7.0%	91.4%	1.6%	

TABLA 24 b

CONOCIMIENTO DE LAS CAUSAS DE LA DIARREA
en las comunidades con promotor (CCP)

CONOCIMIENTO			
COMUNIDAD	NO	SI	Total
S. DIEGO	14	87	101
	> 13.9%	> 86.1%	> 39.5%
	46.7%	38.5%	
EL PROGRESO	4	15	19
	> 21.1%	> 78.9%	> 7.4%
	13.3%	6.6%	
TIJERETAS	2	21	23
	> 8.7%	> 91.3%	> 9.0%
	6.7%	9.3%	
AGUA ZARCA	1	19	20
	> 5.0%	> 95.0%	> 7.8%
	3.3%	8.4%	
AZACUALPA	5	34	39
	> 12.8%	> 87.2%	> 15.2%
	16.7%	15.0%	
VOLCANCILLO	3	42	45
	> 6.7%	> 93.3%	> 17.6%
	10.0%	18.6%	
S. JUAN DE LA CRUZ	1	8	9
	> 11.1%	> 88.9%	> 3.5%
	3.3%	3.5%	
Total	30	226	256
	11.7%	88.3%	

TABLA 25 b

CONOCIMIENTO DE LAS CAUSAS DE LA DIARREA
en las comunidades sin promotor (CSP)

CONOCIMIENTO			
COMUNIDAD	NO	SI	Total
S. FERNANDO	7	69	76
	> 9.2%	> 90.8%	> 29.7%
	38.9%	29.0%	
PERKIN	5	105	110
	> 4.5%	> 95.5%	> 43.0%
	27.8%	44.1%	
TOROLA	6	64	70
	> 8.6%	> 91.4%	> 27.3%
	33.3%	26.9%	
Total	18	238	256
	7.0%	93.0%	

TABLA 26 b

CONOCIMIENTO DE LAS CAUSAS DE LA DIARREA
 en las comunidades sin y con promotor (CSP y CCP)

CONOCIMIENTO			
COMUNIDADES	NO	SI	Total
CSP	18	238	256
	> 7.0%	> 93.0%	> 50.0%
	37.5%	51.3%	
CCP	30	226	256
	> 11.7%	> 88.3%	> 50.0%
	62.5%	48.7%	
Total	48	464	512
	9.4%	90.6%	

Riesg Relativ RR = 0.60 0.34 < RR < 1.05

Chi-Cuadrad Valor-P = 0.06911648

TABLA 27 b

CALIDAD DEL TRATAMIENTO DE LA FIEBRE
en comunidades con promotor (CCP)

CALIDAD DEL TRATAMIENTO

COMUNIDADES	MAL	BIEN	MUY BIEN	Total
S. DIEGO	64	36	1	101
>	63.4%	35.6%	1.0%	39.5%
	47.4%	31.0%	20.0%	
EL PROGRESO	12	7	0	19
>	63.2%	36.8%	0.0%	7.4%
	8.9%	6.0%	0.0%	
TIJERETAS	8	15	0	23
>	34.8%	65.2%	0.0%	9.0%
	5.9%	12.9%	0.0%	
AGUA ZÁRCA	8	12	0	20
>	40.0%	60.0%	0.0%	7.8%
	5.9%	10.3%	0.0%	
AZACUALPA	26	11	2	39
>	66.7%	28.2%	5.1%	15.2%
	19.3%	9.5%	40.0%	
VOLCANCILLO	15	28	2	45
>	33.3%	62.2%	4.4%	17.6%
	11.1%	24.1%	40.0%	
S. JUAN DE LA CRUZ	2	7	0	9
>	22.2%	77.8%	0.0%	3.5%
	1.5%	6.0%	0.0%	
Total	135	116	5	256
	52.7%	45.3%	2.0%	

TABLA 28 b

CALIDAD DEL TRATAMIENTO DE LA FIEBRE
en comunidades sin promotor (CSP)

CALIDAD DEL TRATAMIENTO

COMUNIDAD	MAL	REGULAR	BIEN	MUY BIEN	Total
S. FERNANDO	40	1	24	11	76
	52.6%	1.3%	31.6%	14.5%	29.7%
	28.4%	50.0%	26.1%	52.4%	
PERKIN	71	1	36	2	110
	64.5%	0.9%	32.7%	1.8%	43.0%
	50.4%	50.0%	9.1%	9.5%	
TOROLA	30	0	32	8	70
	42.9%	0.0%	45.7%	11.4%	27.3%
	21.3%	0.0%	34.8%	38.1%	
Total	141	2	92	21	256
	55.1%	0.8%	35.9%	8.2%	

TABLA 29 b

TRATAMIENTO ACEPTABLE DE LA FIEBRE
en comunidades con promotor (CCP)

TR. ACEPTABLE

COMUNIDAD	NO	SI	Total
S. DIEGO	64	37	101
	> 63.4%	> 36.6%	> 39.5%
	47.4%	30.6%	
EL PROGRESO	12	7	19
	> 63.2%	> 36.8%	> 7.4%
	8.9%	5.8%	
TIJERETAS	8	15	23
	> 34.8%	> 65.2%	> 9.0%
	5.9%	12.4%	
AGUA ZARCA	8	12	20
	> 40.0%	> 60.0%	> 7.8%
	5.9%	9.9%	
AZACUALPA	26	13	39
	> 66.7%	> 33.3%	> 15.2%
	19.3%	10.7%	
VOLCANCILLO	15	30	45
	> 33.3%	> 66.7%	> 17.6%
	11.1%	24.8%	
S. JUAN DE LA CRUZ	2	7	9
	> 22.2%	> 77.8%	> 3.5%
	1.5%	5.8%	
Total	135	121	256
	52.7%	47.3%	

TABLA 30 b

TRATAMIENTO ACEPTABLE DE LA FIEBRE
en comunidades sin promotor (CSP)

TR. ACEPTABLE

COMUNIDAD	NO	SI	Total
S. FERNANDO	40	36	76
	> 52.6%	> 47.4%	> 29.7%
	28.4%	31.3%	
PERKIN	71	39	110
	> 64.5%	> 35.5%	> 43.0%
	50.4%	33.9%	
TOROLA	30	40	70
	> 42.9%	> 57.1%	> 27.3%
	21.3%	34.8%	
Total	141	115	256
	55.1%	44.9%	

TABLA 31 b

TRATAMIENTO CORRECTO DE LA FIEBRE
en comunidades con promotor (CCP)

TR. CORRECTO

COMUNIDAD	NO	SI	Total
S. DIEGO	64	37	101
	> 63.4%	> 36.6%	> 39.5%
	47.4%	30.6%	
EL PROGRESO	12	7	19
	> 63.2%	> 36.8%	> 7.4%
	8.9%	5.8%	
TIJERETAS	8	15	23
	> 34.8%	> 65.2%	> 9.0%
	5.9%	12.4%	
AGUA ZARCA	8	12	20
	> 40.0%	> 60.0%	> 7.8%
	5.9%	9.9%	
AZACUALPA	26	13	39
	> 66.7%	> 33.3%	> 15.2%
	19.3%	10.7%	
VOLCANCILLO	15	30	45
	> 33.3%	> 66.7%	> 17.6%
	11.1%	24.8%	
S. JUAN DE LA CRUZ	2	7	9
	> 22.2%	> 77.8%	> 3.5%
	1.5%	5.8%	
Total	135	121	256
	52.7%	47.3%	

TABLA 32 b

TRATAMIENTO CORRECTO DE LA FIEBRE
en comunidades sin promotor (CSP)

TR. CORRECTO

COMUNIDAD	NO	SI	Total
S. FERNANDO	41	35	76
	> 53.9%	> 46.1%	> 29.7%
	28.7%	31.0%	
PERKIN	72	38	110
	> 65.5%	> 34.5%	> 43.0%
	50.3%	33.6%	
TOROLA	30	40	70
	> 42.9%	> 57.1%	> 27.3%
	21.0%	35.4%	
Total	143	113	256
	55.9%	44.1%	

TABLA 33 b

TRATAMIENTO ACEPTABLE DE LA FIEBRE
 en comunidades sin y con promotor (CSP y CCP)

TR. ACEPTABLE

COMUNIDADES	NO	SI	Total
CSP	141	115	256
	> 55.1%	> 44.9%	> 50.0%
	51.1%	48.7%	
CCP	135	121	256
	> 52.7%	> 47.3%	> 50.0%
	48.9%	51.3%	
Total	276	236	512
	53.9%	46.1%	

Riesg Relativ: RR = 1.04 0.89 < RR < 1.23

Chi-Cuadrad Valor-P = 0.59511652

TABLA 34 b

TRATAMIENTO CORRECTO DE LA FIEBRE
 en comunidades sin y con promotor (CSP y CCP)

TR. CORRECTO

COMUNIDADES	NO	SI	Total
CSP	143	113	256
	> 55.9%	> 44.1%	> 50.0%
	51.4%	48.3%	
CCP	135	121	256
	> 52.7%	> 47.3%	> 50.0%
	48.6%	51.7%	
Total	278	234	512
	54.3%	45.7%	

Riesg Relativ RR = 1.06 0.90 < RR < 1.24

Chi-Cuadrad Valor-P = 0.47830029

TABLA 35 b

UTILIZACIÓN DEL SUERO ORAL (SO) SEGÚN LA EDAD
estratificado por presencia/ausencia de promotor (CCP/CSP)

UTILIZACIÓN SO				CCP
ANOS	NO	SI	Total	
15 a 20	9	23	32	
	> 28.1%	> 71.9%	> 12.5%	
	10.2%	13.7%		
21 a 40	51	116	167	
	> 30.5%	> 69.5%	> 65.2%	
	58.0%	69.0%		
41 a >	28	29	57	
	> 49.1%	> 50.9%	> 22.3%	
	31.8%	17.3%		
Total	88	168	256	
	34.4%	65.6%		

ChiCuadrad ; valor p = 0.02816817 <---

UTILIZACIÓN SO				CSP
ANOS	NO	SI	Total	
15 a 20	23	20	43	
	> 53.5%	> 46.5%	> 16.8%	
	23.2%	12.7%		
21 a 40	44	95	139	
	> 31.7%	> 68.3%	> 54.3%	
	44.4%	60.5%		
41 a >	32	42	74	
	> 43.2%	> 56.8%	> 28.9%	
	32.3%	26.8%		
Total	99	157	256	
	38.7%	61.3%		

TABLA 36 b

UTILIZACIÓN DEL SUERO ORAL (SO)
 SEGÚN EL NIVEL ESCOLAR
 estratificado por presencia/ausencia de promotor (CCP/CSP)

UTILIZACIÓN SO				CCP
NIVEL ESC.	NO	SI	Total	
0 a 3	68	123	191	
	> 35.6%	> 64.4%	> 74.6%	
	77.3%	73.2%		
4 a >	20	45	65	
	> 30.8%	> 69.2%	> 25.4%	
	22.7%	26.8%		
Total	88	168	256	
	34.4%	65.6%		

Chi-Cuadrado: Valor-P= 0.47943233

UTILIZACIÓN SO				CSP
NIVEL ESC.	NO	SI	Total	
0 a 3	61	79	140	
	> 43.6%	> 56.4%	> 54.7%	
	61.6%	50.3%		
4 a >	38	78	116	
	> 32.8%	> 67.2%	> 45.3%	
	38.4%	49.7%		
Total	99	157	256	
	38.7%	61.3%		

Chi-Cuadrado Valor-P = 0.07757097

TABLA 37 b

UTILIZACIÓN DEL SUERO ORAL (SO)
 SEGÚN EL NÚMERO DE HIJOS
 estratificado por presencia/ausencia de promotor (CCP/CSP)

UTILIZACIÓN SO				CCP
Nº HIJOS	NO	SI	Total	
0 a 4	53	101	154	
	> 34.4%	> 65.6%	> 60.2%	
	60.2%	60.1%		
5 a >	35	67	102	
	> 34.3%	> 65.7%	> 39.8%	
	39.8%	39.9%		
Total	88	168	256	
	34.4%	65.6%		

Chi-Cuadrad Valor-P = 0.98662317

UTILIZACIÓN SO				CSP
Nº HIJOS	NO	SI	Total	
0 a 4	66	108	174	
	> 37.9%	> 62.1%	> 68.0%	
	66.7%	68.8%		
5 a >	33	49	82	
	> 40.2%	> 59.8%	> 32.0%	
	33.3%	31.2%		
Total	99	157	256	
	38.7%	61.3%		

Chi-Cuadrad Valor-P = 0.72344162

TABLA 38 b

CONOCIMIENTOS SOBRE LA PREVENCIÓN DE DIARREAS
SEGÚN LA EDAD
estratificado por presencia/ausencia de promotor (CCP/CSP)

ANOS	CONOCIMIENTO		Total	CCP
	NO	SI		
15 a 20	5	27	32	
	> 15.6%	> 84.4%	> 12.5%	
	20.8%	11.6%		
21 a 40	11	156	167	
	> 6.6%	> 93.4%	> 65.2%	
	45.8%	67.2%		
41 a >	8	49	57	
	> 14.0%	> 86.0%	> 22.3%	
	33.3%	21.1%		
Total	24	232	256	
	9.4%	90.6%		

ChiCuadrad : valor p = 0.10772977

ANOS	CONOCIMIENTO		Total	CSP
	NO	SI		
15 a 20	4	39	43	
	> 9.3%	> 90.7%	> 16.8%	
	66.7%	15.6%		
21 a 40	0	139	139	
	> 0.0%	> 100.0%	> 54.3%	
	0.0%	55.6%		
41 a >	2	72	74	
	> 2.7%	> 97.3%	> 28.9%	
	33.3%	28.8%		
Total	6	250	256	
	2.3%	97.7%		

ChiCuadrad ; valor p = 0.00195508 <---

TABLA 39 b

CONOCIMIENTOS SOBRE LA PREVENCIÓN DE DIARREAS
SEGÚN EL NIVEL ESCOLAR
estratificado por presencia/ausencia de promotor (CCP/CSP)

		CONOCIMIENTO		CCP
NIVEL ESC.	NO	SI	Total	
0 a 3	21	170	191	
	> 11.0%	> 89.0%	> 74.6%	
	87.5%	73.3%		
4 a >	3	62	65	
	> 4.6%	> 95.4%	> 25.4%	
	12.5%	26.7%		
Total	24	232	256	
	9.4%	90.6%		

Chi-Cuadrad Valor-P = 0.12822198

		CONOCIMIENTO		CSP
NIVEL ESC.	NO	SI	Total	
0 a 3	5	135	140	
	> 3.6%	> 96.4%	> 54.7%	
	83.3%	54.0%		
4 a >	1	115	116	
	> 0.9%	> 99.1%	> 45.3%	
	16.7%	46.0%		
Total	6	250	256	
	2.3%	97.7%		

Exact Fisher: valor-P 1-cola: 0.1567017
valor-P 2-colas: 0.2256827

TABLA 40 b

CONOCIMIENTOS SOBRE LA PREVENCIÓN DE DIARREAS
 SEGÚN EL NÚMERO DE HIJOS
 estratificado por presencia/ausencia de promotor (CCP/CSP)

CONOCIMIENTO				CCP
N° HIJOS	NO	SI	Total	
0 a 4	16	138	154	
	> 10.4%	> 89.6%	> 60.2%	
	66.7%	59.5%		
5 a >	8	94	102	
	> 7.8%	> 92.2%	> 39.8%	
	33.3%	40.5%		
Total	24	232	256	
	9.4%	90.6%		

Chi-Cuadrad Valor-P = 0.49460752

CONOCIMIENTO				CSP
N° HIJOS	NO	SI	Total	
0 a 4	5	169	174	
	> 2.9%	> 97.1%	> 68.0%	
	83.3%	67.6%		
5 a >	1	81	82	
	> 1.2%	> 98.8%	> 32.0%	
	16.7%	32.4%		
Total	6	250	256	
	2.3%	97.7%		

Exact Fisher: valor-P 1-cola: 0.3749399
 valor-P 2-colas: 0.6675691

TABLA 41 b

CONOCIMIENTOS SOBRE LA PREVENCIÓN DE DIARREAS
SEGÚN LA LETRINIZACIÓN
estratificado por presencia/ausencia de promotor (CCP/CSP)

CONOCIMIENTO				CCP
LETRINA	NO	SI	Total	
NO	13	93	106	
	> 12.3%	> 87.7%	> 41.4%	
	54.2%	40.1%		
SI	11	139	150	
	> 7.3%	> 92.7%	> 58.6%	
	45.8%	59.9%		
Total	24	232	256	
	9.4%	90.6%		

Chi-Cuadrad Valor-P = 0.18333029

CONOCIMIENTO				CSP
LETRINA	NO	SI	Total	
NO	1	29	30	
	> 3.3%	> 96.7%	> 11.7%	
	16.7%	11.6%		
SI	5	221	226	
	> 2.2%	> 97.8%	> 88.3%	
	83.3%	88.4%		
Total	6	250	256	
	2.3%	97.7%		

Exact Fisher: valor-P 1-cola: 0.5303434
valor-P 2-colas: 0.5303434

TABLA 42b

CONOCIMIENTO DE LAS CAUSAS DE LA DIARREA
 SEGÚN LA EDAD
 estratificado por presencia/ausencia de promotor (CCP/CSP)

ANOS	CONOCIMIENTO		Total	CCP
	NO	SI		
15 a 20	5	27	32	
	> 15.6%	> 84.4%	> 12.5%	
	16.7%	11.9%		
21 a 40	17	150	167	
	> 10.2%	> 89.8%	> 65.2%	
	56.7%	66.4%		
41 a >	8	49	57	
	> 14.0%	> 86.0%	> 22.3%	
	26.7%	21.7%		
Total	30	226	256	
	11.7%	88.3%		
ChiCuadrad	: valor p = 0.56270987			

ANOS	CONOCIMIENTO		Total	CSP
	NO	SI		
15 a 20	5	38	43	
	> 11.6%	> 88.4%	> 16.8%	
	27.8%	16.0%		
21 a 40	7	132	139	
	> 5.0%	> 95.0%	> 54.3%	
	38.9%	55.5%		
41 a >	6	68	74	
	> 8.1%	> 91.9%	> 28.9%	
	33.3%	28.6%		
Total	18	238	256	
	7.0%	93.0%		
ChiCuadrad	: valor p = 0.30609457			

TABLA 43b

CONOCIMIENTO DE LAS CAUSAS DE LA DIARREA
 SEGÚN EL NIVEL ESCOLAR
 estratificado por presencia/ausencia de promotor (CCP/CSP)

CONOCIMIENTO				CCP
NIVEL ESC.	NO	SI	Total	
0 a 3	26	165	191	
	> 13.6%	> 86.4%	> 74.6%	
	86.7%	73.0%		
4 a >	4	61	65	
	> 6.2%	> 93.8%	> 25.4%	
	13.3%	27.0%		
Total	30	226	256	
	11.7%	88.3%		

Chi-Cuadrad Valor-P = 0.10702024

CONOCIMIENTO				CSP
NIVEL ESC.	NO	SI	Total	
0 a 3	10	130	140	
	> 7.1%	> 92.9%	> 54.7%	
	55.6%	54.6%		
4 a >	8	108	116	
	> 6.9%	> 93.1%	> 45.3%	
	44.4%	45.4%		
Total	18	238	256	
	7.0%	93.0%		

Chi-Cuadrad Valor-P = 0.93895809

TABLA 44b

CONOCIMIENTO DE LAS CAUSAS DE LA DIARREA
 SEGÚN el número de hijos
 estratificado por presencia/ausencia de promotor (CCP/CSP)

CONOCIMIENTO				CCP
Nº HIJOS	NO	SI	Total	
0 a 4	18	136	154	
	> 11.7%	> 88.3%	> 60.2%	
	60.0%	60.2%		
5 a >	12	90	102	
	> 11.8%	> 88.2%	> 39.8%	
	40.0%	39.8%		
Total	30	226	256	
	11.7%	88.3%		

Chi-Cuadrad Valor-P = 0.98518536

CONOCIMIENTO				CSP
Nº HIJOS	NO	SI	Total	
0 a 4	11	163	174	
	> 6.3%	> 93.7%	> 68.0%	
	61.1%	68.5%		
5 a >	7	75	82	
	> 8.5%	> 91.5%	> 32.0%	
	38.9%	31.5%		
Total	18	238	256	
	7.0%	93.0%		

Chi-Cuadrad Valor-P = 0.51864689

TABLA 45b

CONOCIMIENTO DE LAS CAUSAS DE LA DIARREA
 SEGÚN LA LETRINIZACIÓN
 estratificado por presencia/ausencia de promotor (CCP/CSP)

CONOCIMIENTO				CCP
LETRINA	NO	SI	Total	
NO	15	91	106	
	> 14.2%	> 85.8%	> 41.4%	
	50.0%	40.3%		
SI	15	135	150	
	> 10.0%	> 90.0%	> 58.6%	
	50.0%	59.7%		
Total	30	226	256	
	11.7%	88.3%		

Chi-Cuadrad Valor-P = 0.31006731

CONOCIMIENTO				CSP
LETRINA	NO	SI	Total	
NO	1	29	30	
	> 3.3%	> 96.7%	> 11.7%	
	5.6%	12.2%		
SI	17	209	226	
	> 7.5%	> 92.5%	> 88.3%	
	94.4%	87.8%		
Total	18	238	256	
	7.0%	93.0%		

Exact Fisher: valor-P 1-cola: 0.3497371
 valor-P 2-colas: 0.7040276

TABLA 46 b

TRATAMIENTO CORRECTO DE LA FIEBRE
 SEGÚN LA EDAD
 estratificado por presencia/ausencia de promotor (CCP/CSP)

ANOS	TR. CORRECTO		Total
	NO	SI	
15 a 20	18	14	32
	> 56.3%	> 43.8%	> 12.5%
	13.3%	11.6%	
21 a 40	82	85	167
	> 49.1%	> 50.9%	> 65.2%
	60.7%	70.2%	
41 a >	35	22	57
	> 61.4%	> 38.6%	> 22.3%
	25.9%	18.2%	
Total	135	121	256
	52.7%	47.3%	
ChiCuadrad :	valor p = 0.25139771		

CCP

ANOS	TR. CORRECTO		Total
	NO	SI	
15 a 20	27	16	43
	> 62.8%	> 37.2%	> 16.8%
	18.9%	14.2%	
21 a 40	70	69	139
	> 50.4%	> 49.6%	> 54.3%
	49.0%	61.1%	
41 a >	46	28	74
	> 62.2%	> 37.8%	> 28.9%
	32.2%	24.8%	
Total	143	113	256
	55.9%	44.1%	
ChiCuadrad :	valor p = 0.15449429		

CSP

TABLA 47 b

TRATAMIENTO CORRECTO DE LA FIEBRE
 SEGÚN EL NIVEL ESCOLAR
 estratificado por presencia/ausencia de promotor (CCP/CSP)

TR. CORRECTO				CCP
NIVEL ESC.	NO	SI	Total	
0 a 3	105	86	191	
	> 55.0%	> 45.0%	> 74.6%	
	77.8%	71.1%		
4 a >	30	35	65	
	> 46.2%	> 53.8%	> 25.4%	
	22.2%	28.9%		
Total	135	121	256	
	52.7%	47.3%		

Chi-Cuadrad Valor-P = 0.21949695

TR. CORRECTO				CSP
NIVEL ESC.	NO	SI	Total	
0 a 3	80	60	140	
	> 57.1%	> 42.9%	> 54.7%	
	55.9%	53.1%		
4 a >	63	53	116	
	> 54.3%	> 45.7%	> 45.3%	
	44.1%	46.9%		
Total	143	113	256	
	55.9%	44.1%		

Chi-Cuadrad Valor-P = 0.65022605

TABLA 48 b

TRATAMIENTO CORRECTO DE LA FIEBRE
 SEGÚN EL NÚMERO DE HIJOS
 estratificado por presencia/ausencia de promotor (CCP/CSP)

TR. CORRECTO				CCP
N° HIJOS	NO	SI	Total	
0 a 4	81	73	154	
	> 52.6%	> 47.4%	> 60.2%	
	60.0%	60.3%		
5 a >	54	48	102	
	> 52.9%	> 47.1%	> 39.8%	
	40.0%	39.7%		
Total	135	121	256	
	52.7%	47.3%		

Chi-Cuadrad Valor-P = 0.95706869

TR. CORRECTO				CSP
N° HIJOS	NO	SI	Total	
0 a 4	94	80	174	
	> 54.0%	> 46.0%	> 68.0%	
	65.7%	70.8%		
5 a >	49	33	82	
	> 59.8%	> 40.2%	> 32.0%	
	34.3%	29.2%		
Total	143	113	256	
	55.9%	44.1%		

Chi-Cuadrad Valor-P = 0.38964042

ANEXO D

DISCUSION

1. MEMORIA HISTORICA DE LOS PROMOTORES
2. CONVENIO ENTRE MPAS Y CCR
3. PROPUESTA DE MOVIMIENTO SOCIAL SOBRE LA RELACION ENTRE
TECNICOS Y PROMOTORES COMUNITARIOS DE SALUD

MEMORIA HISTÓRICA DE LOS PROMOTORES DE CHALATENANGO

- 1 NOMBRE: María Marta Guardado
- EDAD: 45 años
 - SEXO: F
 - AÑOS DE TRABAJO: Desde 1979 (19 años)
 - REMUNERACIÓN: 300 col.
-
- COMUNIDAD: Ignacio Ellacuría
 - DISTANCIA A LA PRÓXIMA UNIDAD DE SALUD: 15 min. en carro
1 h a pie
 - DISTANCIA AL HOSPITAL: 30 min. en carro
2.30 h a pie

PREGUNTAS :

- 1- ¿CUALES ACTIVIDADES REALIZABA COMO SANITARIA EN EL ÁREA DE SALUD DURANTE EL CONFLICTO ARMADO?
Sanitaria en una escuadra para dar los primeros auxilios.
- 2- ¿QUE LA MOTIVÓ A TRABAJAR EN EL ÁREA DE SALUD ?
He visto la necesidad y la gente (de la comunidad)me tenía confianza
- 3- ¿QUE LA MOTIVO A SEGUIR TRABAJANDO COMO PROMOTORA DE SALUD ?
Por que siempre la gente me busca. A veces no tengo muchas ganas ,siempre hay una gran necesidad por eso sigo trabajando
- 4- ¿POR QUE LA GENTE LA BUSCA A PESAR DE QUE HAYA UNIDAD DE SALUD Y UN HOSPITAL NO MUY LEJOS ?
*La gente tiene confianza por que me conoce.
Por que la gente sabe que yo conozco bien a ellos y la historia de su enfermedad.
Mucha gente ya no me busca por que no tengo los medicamentos como antes.*
- 5- ¿HACIA QUIEN SE SIENTE RESPONSABLE?
Hacia la comunidad.

*Si yo trataría mal a un paciente la gente me criticaría
El comportamiento del promotor esta en la mira de la comunidad.*

6- ¿CUANTAS CAPACITACIONES HA RECIBIDO?

Las primeras capacitaciones recibí acerca de primeros auxilios impartido por médicos internacionalistas. Después capacitaciones sobre temas básicos y avanzados por parte de ONG'S (Codipsa SSL). Las capacitaciones estaban apegadas a las necesidades y a la realidad. Me ayudó en el trabajo práctico por que nadie ha muerto por un tratamiento incorrecto.

7- MENCIONE UNA EXPERIENCIA POSITIVA

Una niña de 9 años con síntomas de fiebre tifoidea dando el tratamiento mejoró dentro de 5 días.

8- ¿UNA EXPERIENCIA NEGATIVA?

Una vez en la guerra recibí la orden de una mujer responsable para que me vaya sola a una parte. Yo no quería irme por que el camino era peligroso por eso busque a un compañero para que me acompañara.

9- ¿LAS TAREAS COMO SANITARIA TENÍAN ALGUNA IMPORTANCIA O NO?

Muchos compañeros hubieran muerto sin nuestra existencia.

10- ¿CUALES ACTIVIDADES USTED REALIZA EN LA COMUNIDAD APARTE DE SUS TAREAS COMO PROMOTORA DE SALUD?

Misas, asambleas generales, asamblea de mujeres, además estuve muchos años miembro de la directiva, doy charlas en la escuela cuando los maestros me las piden por ejemplo ahora me han pedido que diera una charla sobre SIDA.

11- ¿A DONDE LA GENTE LA BUSCA PARA PEDIR SU AYUDA O SU CONSEJO?

En la clínica, en la calle y más que nada en la casa y por eso tengo un botiquín con los medicamentos mas frecuentes en la casa

13- ¿N EL ULTIMO AÑO CUANTOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO HAN MUERTO?

Ninguno.

14- ¿EN QUE CONTRIBUYE LA COMUNIDAD AL TRABAJO DE SALUD?

Antes todo era gratis y era muy difícil que la gente aceptara el cambio pero hoy la gente contribuye para pagar algo.

2 NOMBRE: Angélica Serrano Serrano

FECHA: 16.7.1998

- EDAD: 35 a

- SEXO: F

- COMUNIDAD: GUARJILA

- AÑOS DE TRABAJO: desde 1980 (18 años)

- REMUNERACIÓN: Col 800,00

- HABITANTES: 1697

- DISTANCIA A LA PRÓXIMA UNIDAD DE SALUD: 5 min. en carro

20 min. a pie

- DISTANCIA AL HOSPITAL: 30 min. en carro

1 ½ min. a pie

PREGUNTAS :

1- ¿CUALES ACTIVIDADES REALIZABA COMO SANITARIA EN EL ÁREA DE SALUD DURANTE EL CONFLICTO ARMADO?

Yo era sanitaria de un pelotón quiere decir cubría el 2º puesto de sanidad que significaba recibir periódicamente capacitación y dando charlas educativas al pelotón, realizar los primeros auxilios, acompañar, cuidar y defender a los heridos y pacientes y participar en otras tareas de mi unidad.

2- ¿QUE LA MOTIVÓ A TRABAJAR EN EL ÁREA DE SALUD ?

Me han motivado: me explicaron que significa el trabajo en salud, cuales tareas cumplirá una sanitaria. Esto me gustó.

3- ¿QUE LA MOTIVO A SEGUIR TRABAJANDO COMO PROMOTORA DE SALUD ?

Ayudar a la comunidad. La comunidad me eligió, aprendí bastante y además conozco el trabajo de salud mejor que cualquier otro área.

4- ¿POR QUE LA GENTE LA BUSCA A PESAR DE QUE HAYA UNIDAD DE SALUD Y UN HOSPITAL NO MUY LEJOS ?

La gente ya tiene confianza en uno. Nosotros hemos respondido todo este tiempo atrás , la gente conoce la capacidad y el compromiso de los promotores.

5- ¿HACIA QUIEN SE SIENTE RESPONSABLE?

Me siento responsable hacia la comunidad por que la gente evalúa a uno. A fin de cada año se realiza una evaluación personal a nivel de población.

6- ¿CUANTAS CAPACITACIONES HA RECIBIDO?

He recibido bastantes capacitaciones pero no muy regular de diferentes técnicos voluntarios de ONG's: comenzando con los Primeros Auxilios, segundo nivel, Laboratorio, Materno-Infantil, Partera etc. Los conocimientos que nos transmitieron estaban apegados a la realidad. Los técnicos que impartieron las capacitaciones vivían con la gente. Se prepararon las charlas y clases en base a los casos más frecuentes y en base a los problemas que se vivió.

El estudio de enfermería que he comenzado recientemente finales de semana, sirve para conseguir el cartón y tal vez poder conseguir un trabajo remunerado pero para el trabajo concreto en la comunidad, no sirve.

7- MENCIONE UNA EXPERIENCIA POSITIVA

Tal vez vale mencionar el parto de las gemelas. Durante el control de la embarazada no lo detecté. Cuando me di cuenta durante el parto que eran dos, me afligí pero después estaba alegre que todo salió bien.

8- ¿UNA EXPERIENCIA NEGATIVA?

No he podido lograr que toda la gente traiga la tarjeta de seguro social. Una de mis tareas es cobrar la consulta a los que no traigan la tarjeta. La gente no quiere comprender que la situación ha cambiado hacia la privatización de salud no como antes donde todo era gratis (en la guerra)

9- ¿LAS TAREAS COMO SANITARIA TENÍAN ALGUNA IMPORTANCIA O NO?

Muchos compañeros que atendí con PA están vivos. Muchos compas hicieron caso a las medidas preventivas y así podíamos evitar muchas enfermedades.

Desde hace 3 años ya no tenemos cólera, desde hace muchos años ya no tenemos muertos por infecciones.

10- ¿CUALES ACTIVIDADES USTED REALIZA EN LA COMUNIDAD APARTE DE SUS TAREAS COMO PROMOTORA DE SALUD?

Participo o asisto en asambleas generales, reuniones convocadas por la directiva, reuniones regulares con los maestros populares, reuniones de padres de familia, marchas convocadas por la directiva, actividades de la comunidad

- 11- ¿A DONDE LA GENTE LA BUSCA PARA PEDIR SU AYUDA O SU CONSEJO?

En la clínica, en el camino y más que nada en la casa

- 12- ¿USTED HA PERCIBIDO ALGUNOS CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO DE LA GENTE EN LA COMUNIDAD RESPECTO A LAS ENFERMEDADES IRA's Y ERA's?

La gente ya sabe que se debe dar en primer lugar suero en caso de diarrea, o hacerse un examen de heces para saber de que diarrea se trata.

La gente se preocupa más y se ha disminuido la automedicación peligrosa quiere decir la gente compra menos medicamentos en la tienda ademas hicimos un campaña en las tiendas. Hoy ya no venden Antidiarreicos ni Antibioticos.

- 13- ¿EN EL ULTIMO AÑO CUANTOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO HAN MUERTO?

nadie

- 14- ¿EN QUE CONTRIBUYE LA COMUNIDAD AL TRABAJO DE SALUD?

Algunos pagan la cuota de seguro social

A nivel político, la población defiende su clínica y a nosotras las promotoras. Cuando se plantea un problema la gente corresponde.

3 NOMBRE: María Marleni Cruz González
EDAD: 27 a

FECHA: 16/7/98

- SEXO: F
- AÑOS DE TRABAJO: desde 1984 (14 a)
- REMUNERACIÓN: 800,-

- COMUNIDAD: Guarjila
- HABITANTES:
- DISTANCIA A LA PRÓXIMA UNIDAD DE SALUD:
- DISTANCIA AL HOSPITAL:

PREGUNTAS :

- 1- ¿CUALES ACTIVIDADES REALIZABA COMO SANITARIA EN EL ÁREA DE SALUD DURANTE EL CONFLICTO ARMADO
Visitaban otras comunidades y hacían campañas de vacunación y consultas. Atendía a heridos y asistían en operaciones y acompañaban a otras comunidades.

- 2- ¿QUE LA MOTIVÓ A TRABAJAR EN EL ÁREA DE SALUD ?
Me ha gustado conocer algo sobre las enfermedades y relacionarme con la gente. Salir a otras comunidades ya que en ese tiempo salíamos a atender a la gente en otras comunidades.

- 3- ¿QUE LA MOTIVO A SEGUIR TRABAJANDO COMO PROMOTORA DE SALUD ?
Ya trabajé tantos años y tengo bastantes conocimientos por eso pienso que debo seguir trabajando en lo que puedo para que no sea en vano todo el esfuerzo. Además estoy aprendiendo siempre algo nuevo. Por que me gusta relacionarme con la gente y aprender de ella.

- 4- ¿POR QUE LA GENTE LA BUSCA A PESAR DE QUE HAYA UNIDAD DE SALUD Y UN HOSPITAL NO MUY LEJOS ?
Alguna parte de la gente ya tiene confianza y por que estamos mas cerca en el caso de emergencia.

- 5- ¿HACIA QUIEN SE SIENTE O ESTA RESPONSABLE?

Con la comunidad. La gente sabe que todos los días estoy aquí (en la Clínica) y cuando no estoy, preguntan porque no he ido.

6- ¿CUANTAS CAPACITACIONES HA RECIBIDO?

6 meses en el laboratorio en Mesa Grande (refugio). Recibi capacitaciones de las ONG's, En estas capacitaciones recibíamos la teoría y a la vez la práctica.

Fui delegada por parte de la comunidad y de los demás promotores para asistir al cursillo de promotores del MSPAS para la acreditación. En esta capacitación no tuve la oportunidad de aprender y entender algo sobre enfermedades y problemas de salud y sus tratamientos. Los cursillos consisten básicamente en aprender a llenar formularios.

7- MENCIONE UNA EXPERIENCIA POSITIVA

1.He logrado aprender y expresarme frente a la gente.

2.Hector, el joven de 18 años de edad trató de suicidarse con matarratas Lo llevamos al Hospital de Chalatenango. Los médicos dijeron, el paciente no tiene remedio y va a morir. Y es mejor que se lo lleven antes ya que muerto es mas difícil de sacarlo. Después fuimos donde un médico particular y tampoco recibimos apoyo. Nos trajimos nuevamente el paciente a nuestra clínica y con la asistencia de mucha gente de la comunidad luchamos toda la noche por la vida de Hector y lo rescatamos.

8- ¿UNA EXPERIENCIA NEGATIVA?

El engaño del MSPAS. El MSPAS nos prometió acreditarnos y darnos plazas para trabajar dentro de las mismas comunidades. Cosa que no fue así. Hice un gran sacrificio de irme por 3 meses a recibir el cursillo de promotores hasta Sonsonate en 1994 y hasta esta fecha no hemos recibido la plaza.

9- ¿LAS TAREAS COMO SANITARIA Y PROMOTORA TENÍAN ALGUNA IMPORTANCIA O NO?

Para mi todo lo que hago en función de resolver un problema en la comunidad tiene importancia.

10- ¿CUALES ACTIVIDADES USTED REALIZA EN LA COMUNIDAD APARTE DE SUS TAREAS COMO PROMOTORA DE SALUD?

Marchas, misas, asambleas, reuniones con áreas y con la directiva comunal

11- ¿A DONDE LA GENTE LA BUSCA PARA PEDIR SU AYUDA O SU CONSEJO?

En el bus, en el camino, en la tienda, en la clínica y más que todo en la casa

- 12- ¿USTED HA PERCIBIDO ALGUNOS CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO DE LA GENTE EN LA COMUNIDAD RESPECTO A LAS ENFERMEDADES IRA's Y ERA's?

Para mi la gente ha aprendido bastante acerca de diarreas. Por que la mayoría usa suero oral y con respeto a las calenturas también se notan cambios; ya que se ponen trapos mojados.

- 13- ¿EN EL ULTIMO AÑO CUANTOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO HAN MUERTO?

Ninguno

- 14- ¿EN QUE CONTRIBUYE LA COMUNIDAD AL TRABAJO DE SALUD?

Pagando el seguro social. Participan en el programa materno infantil.

Cuando son problemas sentidas por la misma comunidad la gente apoya el trabajo y nos motiva a nosotras como promotoras.

4 NOMBRE: Angela Menjivar

- EDAD: 27 a

- SEXO: F

- AÑOS DE TRABAJO: desde 1990 (8 años)

- REMUNERACIÓN: nada

- COMUNIDAD: Carasque / Nueva Trinidad

- HABITANTES: 320

- DISTANCIA A LA PRÓXIMA UNIDAD DE SALUD: 1 h a pie, 1 h en carro

- DISTANCIA AL HOSPITAL: 3 h en carro

PREGUNTAS :

1-¿CUALES ACTIVIDADES REALIZABA COMO SANITARIA EN EL ÁREA DE SALUD DURANTE EL CONFLICTO ARMADO

Yo era promotora pero siempre colaborábamos a la guerrilla para conseguir medicamentos, material y atender a los heridos.

2-¿QUE LA MOTIVÓ A TRABAJAR EN EL ÁREA DE SALUD ?

ver la necesidad que había; la gente me pedía ayuda;

Me había gustado estudiar algo de salud pero no tenía la oportunidad

3-¿QUE LA MOTIVO A SEGUIR TRABAJANDO COMO PROMOTORA DE SALUD ?

ayudando a la gente, la gente ya le tiene fe a uno

no me dejan retirar ni a veces descansar

4-¿POR QUE LA GENTE LA BUSCA A PESAR DE QUE HAYA UNIDAD DE SALUD Y UN HOSPITAL NO MUY LEJOS ?

Después de tantos años la gente tiene confianza en nosotros y tienen cierta desconfianza en los médicos del MSPAS

5-¿HACIA QUIEN SE SIENTE O ESTA RESPONSABLE?

Hacia la comunidad

6-¿CUANTAS CAPACITACIONES HA RECIBIDO?

Los cursillos básicos y avanzados que he recibido me han servido mucho, las clases eran adaptadas a nuestro nivel de entendimiento.

yo deseaba aprender de los médicos del MSPAS pero ellos han despreciado el conocimiento de nosotros y han expresado que lo que nosotros hacíamos era malo, no correcto.

Algunos médicos no les interesa si la gente aplica el tratamiento o no.

7-MENCIONE UNA EXPERIENCIA POSITIVA

En estos días de una bichita pequeña que estaba gravemente enferma, dicen que era ojeada. Yo les dije si creen que es ojo que hicieren la cura que creen conveniente. Si es ojo debe de aliviarse pero yo creo que no existe el ojo. Mis hijos nunca tenían ojo. Yo me fui a la casa. La curaron y no mejoró. A las 9 de la noche llega la mamá a la casa: "Mire, Angela, la niña no esta mejor. Si quiere que venga y la mire ". Vine a verla la niña en la casa que tenía 22 meses y estaba derincando de la gran calentura y hablaba dibarrillo de la gran calentura. Con agua tibia para no chocar al cuerpo hirviente pusimos trapos mojados y Acetaminofen y al rato le bajó la calentura.

8-¿UNA EXPERIENCIA NEGATIVA?

Un día ha venido un bicho herido de Los Pozos (Caserío vecino). Yo le he visto pero el dijo que esperaba a Alvaro (otro promotor). Yo no le atendí porque ha preferido a Alvaro. Pero después en la asamblea la gente me criticó que no le había atendido. Pero no era que no quería atenderlo sino es todavía que la gente da preferencia al hombre.

9-¿LAS TAREAS COMO SANITARIA TENÍAN ALGUNA IMPORTANCIA O NO?

Yo no era sanitaria quiere decir no estuve incorporada pero me tocaba atender heridos, esconder y defenderlos enfrente al ejercito. Era importante para salvar vidas.

10-¿CUALES ACTIVIDADES USTED REALIZA EN LA COMUNIDAD A PARTE DE SUS TAREAS COMO PROMOTORA DE SALUD?

Ahora soy coordinadora de la directiva de las mujeres de la región. En esta función recibo un estímulo pero siempre desempeño la tarea de promotora y partera.

11-¿A DONDE LA GENTE LA BUSCA PARA PEDIR SU AYUDA O SU CONSEJO?

A donde que sea la gente me pregunta que puede ser bueno

A veces llegan a la casa diciendo "Hoy he venido 6 veces por este dolor que me mata.."

12-¿USTED HA PERCIBIDO ALGUNOS CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO DE LA GENTE EN LA COMUNIDAD RESPECTO A LAS ENFERMEDADES IRA's Y ERA's?

Antes la gente ha venido para pedir pastillas pero hoy quieren concejos, explicaciones y suero oral.

13-¿EN EL ULTIMO AÑO CUANTOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO HAN MUERTO?

Desde hace años ya no ha muerto ningún niño.

14-¿EN QUE CONTRIBUYE LA COMUNIDAD AL TRABAJO DE SALUD?

Todavía hay una mala coordinación pero la gente siempre apoya por ejemplo se construyó un botiquín, toda la gente tiene letrinas aboneras cuando todavía no existía la calle.

- 5 NOMBRE: Milagro Hernández
- EDAD: 43 años
 - SEXO: Femenino
 - AÑOS DE TRABAJO: Desde 1981 (17 años)
 - REMUNERACIÓN: 1300 Colones (por parte de ONG`s)
-
- COMUNIDAD: San José Las Flores
 - HABITANTES: 885 personas
 - DISTANCIA A LA PRÓXIMA UNIDAD DE SALUD: local
 - DISTANCIA AL HOSPITAL: En carro 30 minutos

PREGUNTAS:

1- ¿CUALES ACTIVIDADES REALIZABA COMO SANITARIA EN EL ÁREA DE SALUD DURANTE EL CONFLICTO ARMADO?

.Yo comencé como sanitaria de base y como partera. Hemos dado educación a la población y hemos curado con medicina natural, por que la medicina química era escasa en este tiempo y hemos tratado de rescatar el uso de medicina natural en vista de la necesidad que tenia la gente.

La población civil éramos visto como objetivo militar y nos atacaban y tuvimos que atender muchos heridos de la población civil, siempre teníamos listo material de curación limpio y estéril aun que sea de ropa vieja por que no teníamos posibilidad de otro material. Las capacitaciones las recibíamos de los médicos de la guerrilla.

También hacíamos tatus y buscábamos donde esconder la medicina, atendíamos primeros auxilios, referíamos pacientes a los hospitales, formábamos equipos para apoyar operaciones con los médicos de la guerrilla...

2- ¿QUE LA MOTIVÓ A TRABAJAR EN EL ÁREA DE SALUD ?

Lo primero por motivos cristianos y humanitarios, por que Dios nos mandó a servirle a los demás. Pero lo principal que me motivo fue la propia necesidad de la gente y quería aprender mas para servirle a los demás. Además en este tiempo no había MSPAS, nosotros éramos los únicos que podíamos ayudarle a esta población.

3- ¿QUE LA MOTIVO A SEGUIR TRABAJANDO COMO PROMOTORA DE SALUD ?

Actualmente sigo trabajando por que a pesar que esta el MISPAS, no satisface todas las necesidades de la gente.

Además uno como promotor conoce mas de cerca el problema y busca la raíz de estos y le damos seguimiento ya que vivimos en la misma comunidad, en cambio el personal del MISPAS, hacen un diagnostico rápido a lo que ven en el momento, superficialmente sin preocuparse por investigar cuales son las raíces que los generan.

Y finalmente porque lo que uno aprende le sirve a su propia familia.

4- ¿POR QUE LA GENTE LA BUSCA A PESAR QUE HAYA UNIDAD DE SALUD Y UN HOSPITAL NO MUY LEJOS ?

La gente lo que dice es: "Con usted tengo confianza, ya la conozco y las veces que la he buscado, me ha ido bien y se que lo que ha usted le cuento no pasa a más allá, no lo sabrá toda la gente." Además el personal del MSPAS, no siempre esta en la comunidad, a veces, cuando haya mas necesidad, no están. En cambio nosotros como promotores siempre estamos a la mano y los atendemos el día y la hora que sea.

5- ¿HACIA QUIEN SE SIENTE O ESTA RESPONSABLE?

A la comunidad, por que a pesar que en este momento tenga un contrata con una ONG'S, nunca me he sentido que soy promotor de ellos sino de la comunidad por que a ella me debo y a ella debo servirle. Por que cuando inicié a trabajar, me dijeron que era para servirle a la gente, a la comunidad, por eso digo que todo lo que yo sé, ha sido gracias a la comunidad y para ella debo trabajar.

6- ¿CUANTAS CAPACITACIONES HA RECIBIDO?

Bastantes, ni me acuerdo, para mi todas han sido importantes por que el aprender no tiene fin, cada día se aprende algo nuevo y el trabajo mismo es la mejor escuela para uno.

Las capacitaciones que nos daban los médicos internacionalistas de la guerrilla eran bien apegadas a la realidad propia con casos concretos.

En este tiempo se presentó un caso de eclámpsia, los médicos usaban este caso para capacitarnos y enseñar las medidas preventivas y eso se me quedó gravado y nunca se me olvida. Por eso aprendíamos mas con cada caso. Y para mi todo era una escuela y siento que esto fue lo que me ayudo mas .

7- MENCIONE UNA EXPERIENCIA POSITIVA

Yo era la única partera de la comunidad. En mis primeros partos me asistió una partera que buscábamos antes, pero en mi último parto no había, quien me atendiera y no estaba ni mi esposo y me tocó atenderme a mí sola. Lo bueno fue, que yo sabía como hacerlo. Me sentía segura y tranquila por que durante el embarazo toda y el niño estaba normal.

Yo en los partos anteriores, aun estando la partera, tenia miedo, no me sentía con seguridad. Con el último parto cuando estaba sola ya tenía mucha experiencia como partera por eso me sentía con confianza y seguridad.

8- ¿UNA EXPERIENCIA NEGATIVA?

Cuando iniciábamos el trabajo en el tiempo de guerra, se nos presentó el caso de una paciente con hemorragia grave, tensión arterial baja y no había ninguna médico cerca ni posibilidad de llevarla al hospital de Chalatenango por que era muy peligroso en ese tiempo. No podíamos ayudar a la mujer por que después del parto del niño no había salido la placenta. y el problema es que ala paciente no le había podido salir la placenta. Los grandes coágulos que salieron nos asustaron cada vez mas, no sabíamos como hacer para sacar la placenta, siempre me lamento de éste caso ya que la paciente murió.

Un tiempo después los médicos nos capacitaron y nos enseñaron como entrar con la mano y sacar la placenta en estos casos y hoy ya se como se hace y lo he hecho en varias ocasiones y con éxito por eso me duele lo que pasó esa vez, este caso nunca se me olvidará.

9- ¿LAS TAREAS COMO SANITARIA TENÍAN ALGUNA IMPORTANCIA O NO?

Las tareas del promotor tienen importancia, uno como promotor eleva los conocimientos de la gente y los educa para que ellos mismos usen esos conocimientos para su propio beneficio y eso lo vemos con hechos concretos hoy ya no hay niños que mueran por desnutrición, deshidratación, la gente sabe como evitar estos casos o que hacer en el caso que se presenten o sea prevenir y combatir. Además combatimos la ignorancia de la gente con lo que se le enseña y de esa manera contribuimos a mejorar la salud de la población.

10- ¿CUALES ACTIVIDADES USTED REALIZA EN LA COMUNIDAD A PARTE DE SUS TAREAS COMO PROMOTORA DE SALUD?

- ◊ *Soy miembro de la directiva comunal.*
- ◊ *Hemos formado varios grupos que atiendo regularmente : grupos de adolescentes, preadolescentes, parejas. Estamos hablando del género, de la igualdad, la salud reproductora, valores entre las personas*

- ◊ *asambleas generales, reuniones de mujeres*
- ◊ *soy miembro del comité ecológico*
- ◊ *miembro de defensora municipal de Derechos Humanos*
- ◊ *marchas, fiestas patronales y otras, aniversario*
- ◊ *misas, grupo pastoral*

11- ¿A DONDE LA GENTE LA BUSCA PARA PEDIR SU AYUDA O SU CONSEJO?

La gente me busca en cualquier lugar donde me encuentran, pero más me buscan en el botiquín.

12- ¿USTED HA PERCIBIDO ALGUNOS CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO DE LA GENTE EN LA COMUNIDAD RESPECTO A LAS ENFERMEDADES IRA'S Y ERA'S?

Sí hay cambios notables. Los casos diarreicos han bajado, la gente sabe que hacer. Nosotros no combatimos directamente las creencias, no les dijimos: "no lo lleven donde el curandero". Si la gente cree que lo lleve el niño al curandero pero la decimos que no dejen de darle suero. Al principio la gente pensaba gracias al curandero el niño se curó hoy mucha gente se convenció que es el suero que cura la mayoría de las diarreas. En caso de calenturas la gente sabe que hacer poniendo trapos húmedos.

13- ¿EN EL ULTIMO AÑO CUANTOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO HAJ MUERTO?

No ha muerto ni un niño.

14- ¿EN QUE CONTRIBUYE LA COMUNIDAD AL TRABAJO DE SALUD?

Directamente no se ve la participación de la gente pero indirectamente sí; Por ejemplo: manteniendo todo limpio, comidas tapadas y mejorando la alimentación.

Hacemos campañas, desarrollamos actividades (por ejemplo la limpieza general) donde participan las entidades de la comunidad como promotores, alcaldía, PNC, comités, comunidad).

6 NOMBRE: Cecilia Quintanilla

- EDAD: 36 años

- SEXO: F

- AÑOS DE TRABAJO: desde 1982 (16 años)

- REMUNERACIÓN: Ella y 2 promotores comparten una plaza de la ordenanza en la Unidad de Salud (mas o menos 300 colones)

- COMUNIDAD: San José Las Flores

- HABITANTES: 885

- DISTANCIA A LA PRÓXIMA UNIDAD DE SALUD: mira encuesta 5

- DISTANCIA AL HOSPITAL: ver encuesta 5

PREGUNTAS :

1-¿CUALES ACTIVIDADES REALIZABA COMO SANITARIA EN EL ÁREA DE SALUD DURANTE EL CONFLICTO ARMADO ?

Curar, prevenir, capacitar, educar. La mayoría de los casos que atendíamos, eran heridos de la guerra. La gente no tenía posibilidades de salir a otros lugares y aquí atendíamos a todos.

Hoy la demanda es mas grande, hay mucho mas gente. No siempre esta el médico del MSPAS y siempre cubrimos los sábados y domingos .

2-¿QUE LA MOTIVÓ A TRABAJAR EN EL ÁREA DE SALUD ?

◇ *Yo quería aprender y me gustaba el trabajo en salud*

◇ *La misma necesidad de la gente me comprometió*

◇ *Antes de la guerra yo había recibido un curso de primeros auxilios y eso me motivo aprender mas de las enfermedades y sus causas*

◇ *me gustó visitar a los cantones*

◇ *la misma necesidad de la gente me motivo hacer algo aunque sea con plantas*

3-¿QUE LA MOTIVO A SEGUIR TRABAJANDO COMO PROMOTORA DE SALUD ?

Lo que he aprendido no puedo tirar de lado. Y la gente siempre tiene necesidades y en cierta medida nos obligan seguir atendiendo por que nos buscan y nosotras no podemos negar la ayuda. Y cuando haya un caso que no sabemos que hacer lo referimos al Hospital. El trabajo es importante y necesario.

Cuando recibimos un estímulo esto nos motiva mas para seguir trabajando.

4-¿POR QUE LA GENTE LA BUSCA A PESAR DE QUE HAYA UNIDAD DE SALUD Y UN HOSPITAL NO MUY LEJOS ?

Por que los promotores vivimos en la comunidad y la gente siempre nos busca y confía en nosotros. Yo sirvo de canal hacia el médico.

5-¿HACIA QUIEN SE SIENTE RESPONSABLE?

Hacia la comunidad. La gente me busca, por que me eligió.

6-¿CUANTAS CAPACITACIONES HA RECIBIDO?

Muchas, las capacitaciones eran buenas. Me han servido mucho para poder realizar el trabajo práctico.

7-MENCIONE UNA EXPERIENCIA POSITIVA

Lograr combatir la epidemia de cólera. Los promotores los atendimos a los casos y no nos murió ni uno. Fueron muchos los que atendimos y casos graves y no había médico, sin gabacha, sin guantes pero ganamos la lucha con el suero. Nosotros nos pusimos muy delgaditos de tanto trabajar ni tiempo para comer había.

8-¿UNA EXPERIENCIA NEGATIVA?

Algo negativo es que las expectativas del sistema de salud se esta terminando, los equipos están desapareciendo y esto era algo que queríamos lograr y legalizarnos, pero esto esta fracasando.

9-¿LAS TAREAS COMO SANITARIA O PROMOTOR TENÍAN ALGUNA IMPORTANCIA O NO?

Si, las tareas de sanitaria respectivamente promotor tenía y tiene importancia, por que en ningún tiempo el pueblo estaba informado y preparado para enfrentarse a las enfermedades y la gente tuvo que aprender y esta aprendiendo las medidas higiénicas etc. Con los conocimientos que los promotores les transmitieron ellos mismos han combatido varias epidemias. Cualquier duda que tiene la gente se pregunta al promotor. Si, el trabajo de los promotores es importante.

10-¿CUALES ACTIVIDADES USTED REALIZA EN LA COMUNIDAD A PARTE DE SUS TAREAS COMO PROMOTORA DE SALUD?

Asambleas, de vez en cuando misa

11-¿A DONDE LA GENTE LA BUSCA PARA PEDIR SU AYUDA O SU CONSEJO?

La gente me busca en la casa, en la calle, en la clínica, en todo lugar

12-¿USTED HA PERCIBIDO ALGUNOS CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO DE LA GENTE EN LA COMUNIDAD RESPECTO A LAS ENFERMEDADES IRA's Y ERA's?

Si, ha habido cambios, hay muy poca gente que se automedica todavía, la mayoría consultan, piden consejos.

A cerca de las diarreas la gente ha aprendido, llegan y piden suero oral

13-¿EN EL ULTIMO AÑO CUANTOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO HAN MUERTO?

no

14-¿EN QUE CONTRIBUYE LA COMUNIDAD AL TRABAJO DE SALUD?

La gente participa en pagar una cuota mínima para la consulta Era difícil recuperar el 25% de los medicamentos (un proyecto de Plan Intemacional), tambien para nosotros mismos como promotores era difícil el cambio en la política de la salud. Nosotros pensamos que la salud debe ser gratis y no es gratis.

La gente participa en las reuniones y charlas.

7 NOMBRE: María Argelia Dubón Abrego

- EDAD: 28 años

- SEXO: F

- AÑOS DE TRABAJO: desde el año 1981 cuando tenía 11 años de edad (total 17 años)

- REMUNERACIÓN: beca

- COMUNIDAD: Arcatao

- HABITANTES:

- DISTANCIA A LA PRÓXIMA UNIDAD DE SALUD:

- DISTANCIA AL HOSPITAL:

PREGUNTAS :

1-¿CUALES ACTIVIDADES REALIZABA COMO SANITARIA EN EL ÁREA DE SALUD DURANTE EL CONFLICTO ARMADO ?

Las actividades que realicé al inicio de la guerra, eran atender heridos, el cuidado de ellos y a la vez trabajé en el quirófano. En el quirófano tuve que organizar que todo estuviera preparado para la operación, a veces tenía la función de instrumentista o de asistente del cirujano y después de un cursillo de anestesia tuve que asumir la función del anestesista. Nos tocaba organizar el trabajo diario para la atención y recuperación, en este tiempo, hasta unos 30 heridos por escuadra.(una escuadra estaba compuesta por 7 sanitarias/os). Era un trabajo integral desde el baño de heridos hasta el recreo con los pacientes. Aparte de las tareas recibimos clases de formación general y de formación técnica. Además tuvimos que preocuparnos de como conseguir el material de curación (recolectar trapos viejos en los pueblos), del abasto (quiere decir la comida), construcción de servicios básicos como letrinas, zanjas, basureros, tatús para medicinas, pozos, quirófanos. Esto fue al principio de la guerra.

Posteriormente nosotros que éramos los más capacitados, tuvimos que salir del "hospital" para dar capacitaciones y charlas educativas a otros campamentos y unidades militares.

A partir de las 14 años tuve la primera responsabilidad como jefe de escuadra. Al cumplir los 15 años se me asignó la responsabilidad del hospital. Yo no quería esta responsabilidad por la poca experiencia,

además me sentía muy joven y mi mayor preocupación, eran situaciones de emergencia como la organización de evacuación de un hospital de 70 hasta 90 personas incluyendo pacientes de hamaca. A partir de este tiempo siempre me asignaron responsabilidades cada vez mas amplias y tuva que asumirlas con al apoyo de los compañeros. En los últimos años de la guerra tuve que trabajar en otras áreas fuera de sanidad. A pesar de estar estructuralmente en otra área siempre ma sentí parte de la estructura de sanidad y siempre buscaba la oportunidad de aprender algo mas a cerca de salud.

Como mi caso, habían muchos compañeros preparados como sanitarios y después fueron sacados para trabajar como radistas, trabajos políticos, de comunicación, confidenciales o responsables de unidades militares. A pesar de que estuvieron en otras tares no eran una perdida para sanidad por que sus conocimientos siempre los empleaban donde estuvieran. Si era radista y se encontraba con un herido grave, le atendía inmediatamente a pesar de que no era su tarea especifica.

Durante la guerra había una organización de salud militar que correspondia a la estructura militar y necesidades del momento. La matriz básica de este sistema consistía en un 1^{er} puesto a nivel de escuadra , un 2° puesto a nivel de pelotón, un 3° puesto a nivel de batallón y después el puesto de mayor nivel de resolución fueron los hospitales con diferentes especialidades y capacidades por ejemplo hospitales de ortopedia, de traumatismo abdominal y torácico y para diferentes etapas de recuperación.

Las estructuras militares estaban en constantes reestructuraciones, y también el área de salud sufría cambios. Fue así que surgió la necesidad de organizar un quirófano móvil llamado 4° puesto.

2-¿QUE LA MOTIVÓ A TRABAJAR EN EL ÁREA DE SALUD ?

Cuando inicié mi trabajo en salud apenas tenía 11 años y no tenía conciencia de lo que encierra esta tarea. Me integré en el área a través de familiares que eran sanitarias. Desde el inicio me fue gustando y tenía interés de aprender.

3-¿QUE LA MOTIVO A SEGUIR TRABAJANDO COMO PROMOTORA DE SALUD ?

Lo que a mi me motiva a seguir es que a través de los conocimientos que he adquirido, puedo ayudarle a le gente que mas lo necesita. Actualmente estoy estudiando pera poder regresar con mayor capacidad a mi comunidad.

4-¿POR QUE LA GENTE LA BUSCA A PESAR DE QUE HAYA UNIDAD DE SALUD Y UN HOSPITAL NO MUY LEJOS ?

A pesar de que actualmente no estoy trabajando sino estudiando la gente siempre me busca, por que la gente me conoce y tiene confianza y la gente sabe que juntos hemos enfrentado casos muy dificiles que supimos solucionar. Somos del mismo origen y soy parte de ellos y ellos sienten libertad para expresar sus problemas sin barreras de idioma y costumbres.

5-¿HACIA QUIEN SE SIENTE RESPONSABLE?

A la /las comunidades

6-¿CUANTAS CAPACITACIONES HA RECIBIDO?

Durante la guerra la capacitación fue permanente y apegada a la propia necesidad del momento. Siempre tuvimos teoría y práctica a la vez. Por ejemplo después de las operaciones el médico nos explicaba que le hizo y porque lo hizo al paciente y cuales deberían ser los cuidados a seguir para su recuperación. El trabajo diario se convertía en la mejor escuela de aprendizaje.

Las capacitaciones que hemos recibido aparte del conocimiento propio de las materias técnicas eran formadoras. Nosotros fuimos formados integralmente no solo en salud sino para poder enfrentar cualquier problema que se nos presentara. Por eso se ha preferido para la formación de radistas, mensajeros, periodistas para trabajos de políticos y de seguridad seleccionar a un sanitario y sacarlo de su tarea específica en vez de preparar a un compañero recién incorporado. La capacitación que recibimos como sanitarios no era específicamente militar, quiero decir autonomía de cumplir ordenes, sino mas bien de reflexionar y entender. Por ejemplo no se podía dar la orden a un sanitario de quedarse cuidando a un herido en la línea de fuego sin embargo esto casi siempre sucedió.

Todo que aprendíamos, tratábamos enseñárselo a otros. Por que podía ser que el día de mañana ya no estuviéramos y así los nuevos compañeros pudieron asumir con facilidad las tareas.

7-MENCIONE UNA EXPERIENCIA POSITIVA

En 1988 yo ya no estaba directamente en el área de salud, estaba realizando trabajos políticos. Un día fui a una reunión del mando cuando de repente oímos un bombazo. Media hora después han llegado con dos heridos. Uno de ellos con heridas graves en la cara y prácticamente su mano derecha destruida. Yo me puse nerviosa por que sabía que no había médico y las sanitarias que estaban yo misma las había capacitado. Entonces me dijo el responsable de ellos :” Delmy, como te sentís para atender a los heridos ?” “Yo voy a hacer lo que pueda para que no

muera, pero no le aseguro." No había otra alternativa por que la zona estaba completamente militarizada. Pero mientras conversaba con el jefe, yo atendí al herido porque tenía hemorragia y estaba entrando en choque. Le puse el suero y decidí ponerle anestesia general. Mientras tanto pensaba que puedo hacer: Amputar la mano o hacer la reconstrucción difícil de los dos dedos que le quedaban. El otro problema era que casi no había material. Intenté reconstruir los dedos y salvarle una parte de la mano. Durante estaba operándolo tuve que controlar la anestesia. Hice toda la limpieza y la reconstrucción. Posteriormente atendí a las heridas en la cara y revisé la vista que por suerte no tenía graves lesiones. Puse sangre para establecer la tensión arterial. El paciente no murió. Y fijate, le funcionan los dos dedos !

8-¿UNA EXPERIENCIA NEGATIVA?

No logramos el reconocimiento del sistema de promotores de salud. Y me siento algo responsable por que comenzaba con la concertación. Y cuando sali, porque me eligieron para otro cargo de mayor responsabilidad, el proceso de negociación con el MSPAS no siguió con la misma fuerza.

9-¿LAS TAREAS COMO SANITARIA Y PROMOTOR TENÍAN Y TIENEN ALGUNA IMPORTANCIA O NO?

Los promotores de salud tienen importancia por que todas nuestras tareas están encaminadas a mejorar la salud de la comunidad. Durante la guerra había ausencia de los servicios del MSPAS. Y actualmente hay presencia del Ministerio pero no están permanentemente en la comunidad. Lo mas que están son cuatro días y además el Ministerio no tiene la capacidad de cubrir todos los caserios y cantones.

El personal del MSPAS esta teóricamente capacitado. Sin embargo ellos no conocen las comunidades, no conviven con la gente ni les interesa la problemática real de la gente.

10-¿CUALES ACTIVIDADES USTED REALIZA EN LA COMUNIDAD APARTE DE SUS TAREAS COMO PROMOTORA DE SALUD?

11-¿ADONDE LA GENTE LA BUSCA PARA PEDIR SU AYUDA O SU CONSEJO?

A donde me encuentran.

12-¿USTED HA PERCIBIDO ALGUNOS CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO DE LA GENTE EN LA COMUNIDAD RESPECTO A LAS ENFERMEDADES IRA'S Y ERA'S?

Yo digo que si. Hasta en la misma familia se nota los cambios. Antes cuando un niño tenía diarrea lo primero que se hacía era comprar pastillas y darle en cambio ahora la mayoría de la gente lo primero que hace es pedir suero y después hacer un examen de heces.

Con las calenturas, la gente pensaba que mojar un niño era el peor veneno para la calentura y no lo hacían. Siempre le daban pastillas de aspirinitas o tetraciclina o lo envolvían bien. En cambio esto ahora no se observa.

13-¿EN EL ULTIMO AÑO CUANTOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO HAN MUERTO?

Ni uno.

14-¿EN QUE CONTRIBUYE LA COMUNIDAD AL TRABAJO DE SALUD?

En la participación en campañas convocadas por la directiva o el equipo de salud. También la gente participa en las asambleas y en reuniones, charlas. La gente defiende el propio sistema de salud de la comunidad como el botiquin y los promotores pero no puede garantizar su mantenimiento.

**ACTA DE LA REUNION PARA LA
CONCERTACION DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRADOS ENTRE
EL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, LAS
ORGANIZACIONES DE SALUD NO GUBERNAMENTALES Y LAS
COMUNIDADES ORGANIZADAS
EN EL DEPARTAMENTO DE
CHALATENANGO**

Siendo las 09:00 horas del día lunes 10. de marzo de 1993, en el salón de reuniones del Hospital de Chalatenango, se llevó a cabo la reunión para concertar la prestación de servicios de salud integrados entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, las Organizaciones No Gubernamentales y las comunidades organizadas: a la población asentada en el Departamento de Chalatenango.

Estuvieron presentes en la reunión:

Por el Ministerio de Salud:

Por las Organizaciones No Gubernamentales:

Por las Comunidades Organizadas: C.C.R. ANTA

Por la Gobernación del Departamento:

Por las Alcaldías:

Por el ISDEM:

Por ONUSAL:

Por OPS/OMS-PRODERE:

Por OPS/OMS:

En representación de las Organizaciones No Gubernamentales, la Doctora Violeta Menjivar dió lectura a una propuesta de convenio, elaborada por las ONG's y las comunidades organizadas, la cual en sus aspectos medulares destaca la necesidad de un trabajo conjunto y coordinado, entre la comunidad organizada y el Ministerio de Salud Pública, que fortalezca la extensión de los servicios de salud a la población, mediante el abordaje multisectorial de los problemas de salud - enfermedad de ésta, contando con la participación activa de la comunidad organizada, a través de los organismos locales y departamentales de salud existentes, integrando además a los Promotores de Salud, mediante la aplicación de un procedimiento de capacitación, nivelación, acreditación y priorización de éstos, así como el personal médico y paramédico de las ONG's, en la prestación de servicios que se produzca como resultado de esta acción, todo ello bajo la supervisión técnica y normativa del MSPAS.

El Doctor Carlos Rosales, Director de la Región Central de Salud del MSPAS, manifestó que la propuesta de las ONG's, está dentro del marco político y estratégico del MSPAS, destacando el interés de la Institución de extender la cobertura de servicios de salud a la población, mediante el desarrollo de programas específicos, de acuerdo a los problemas de salud prevalentes, con el concurso y la participación efectiva de la comunidad organizada. No obstante, destacó que el Ministerio de Salud no posee la capacidad legal para la acreditación de personal, por lo que prevé dificultades para el cumplimiento de esta parte del acuerdo, agregando que la participación del MSPAS en las unidades y clínicas de salud que actualmente regenta la Comunidad, debe ser integral, mediante el concurso de un equipo profesional, cuyo grado de complejidad dependerá de la existencia de recursos y las condiciones de salud locales.

Luego de un período de amplia discusión, el cual evidenció la concordancia de intereses (el bienestar de la población) de ambas partes, así como el deseo manifiesto de todos los involucrados de intervenir integralmente en la resolución de los problemas de salud de la población, se llegó a los siguientes acuerdos:

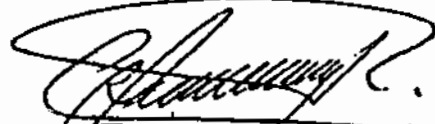
1. Las Organizaciones No Gubernamentales de salud y la comunidad organizada, debidamente representadas en la reunión, acuerdan la prestación conjunta de servicios de salud con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en los Municipios de Arcatao, Nueva Trinidad, San José Las Flores, San Isidro Labrador, San Antonio Los Ranchos, Las Vueltas, El Carrizal y San Fernando; de suerte que en las clínicas, unidades y puestos de salud, así como en la comunidad en general, se inicie el desarrollo y ejecución de un programa de salud integrado e integral, entre personal del MSPAS, las ONG's y la población organizada.
2. La participación del Ministerio de Salud será normativa y operativa y se hará efectiva en los ocho Municipios antes citados, con la participación inicial de un médico, un auxiliar de enfermería y un inspector de saneamiento ambiental en cada establecimiento, los cuales de manera conjunta con el personal de salud de las comunidades, prestarán los servicios de atención a la salud que la población requiere.
3. El personal profesional y técnico, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, ONG's, y Comunidades, destacado en los establecimientos, atenderá en forma conjunta los problemas de salud y enfermedad de la población y coordinará las actividades de programación local con las ONG's y la comunidad.

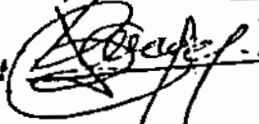
4. La prestación conjunta de servicios de atención a la salud-enfermedad, permitirá el desarrollo progresivo de un "modelo de atención" que integre las actividades de promoción y educación en salud; prevención de la enfermedad; atención de la enfermedad y rehabilitación, así como saneamiento básico y protección del medio ambiente; con participación plena de la comunidad organizada y la contribución de los diferentes sectores que integran la sociedad.
5. Con la finalidad de evaluar y supervisar el desarrollo de las actividades de salud, y apoyar al MSPAS en la definición del nuevo modelo prestador de servicios, se conformará una "comisión conjunta", cuya coordinación técnica y normativa estará a cargo de Ministerio de Salud. En dicha comisión conjunta estarán representados además del MSPAS, la comunidad organizada, las ONG's, y las agencias de cooperación externa, estableciendo el pleno de la misma y por consenso, sus reglamentos internos y mecanismos de convocatoria. La comisión deberá estar constituida antes del inicio de la prestación conjunta de servicios de salud.
6. El MSPAS hará viable la acreditación de los Promotores de salud del Departamento de Chalatenango, de acuerdo a los procedimientos regulares de capacitación y nivelación que para tal efecto existen, a través de un proceso progresivo de capacitación-nivelación, en el cual concentrarán un esfuerzo conjunto el MSPAS, las ONG's y las agencias de cooperación externa.
7. El Ministerio de Salud no se compromete al nombramiento obligatorio de los promotores de salud de las comunidades que luego del proceso de nivelación y acreditación, puedan optar por una plaza dentro de la estructura de personal del MSPAS. No obstante, le otorgará prioridad a aquel personal que haya cumplido con los requisitos establecidos, procurando de

acuerdo a sus políticas; favorecer a aquel personal perteneciente a la comunidad donde prestará el servicio, y que cuente además con el respaldo de ésta;

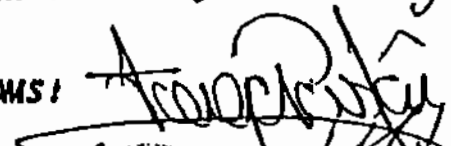
- 8. El inicio de la prestación conjunta de servicios de atención a la salud - enfermedad, en los ocho Municipios señalados, se efectuará a mas tardar el día lunes 9 de mayo de 1993, siendo preciso efectuar antes de esta fecha visitas conjuntas de reconocimiento y evaluación a los establecimientos de salud ubicados en los municipios objeto de este convenio, a fin de adecuarlos para el desarrollo de la atención de salud de acuerdo a la oferta y la demanda de servicios existente;

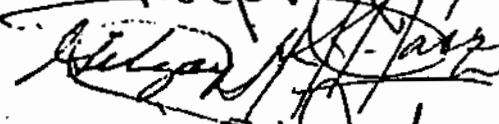
De todo lo anterior, siendo las horas
del día de marzo de 1993, dan fé los siguientes:


Por el MSPAS: 


Por las ONG's: 

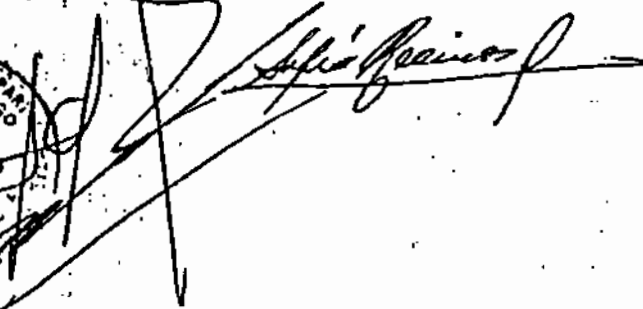
Por las Comunidades: Delmi Argelia Dubón C.C.R

Por la OPS/OMS: 

Por PRODERBI: 

Por la ONUSAL: 

Por las Alcaldías: 

Por la Gobernación: 



ANEXO E.

**Normativo para el trabajo del
médico en los SILOS en
Chalatenango --PERFIL MEDICO**

Documento redactado en 1993 por el
Organismo Departamental de Salud Integral
--ODSI-- de la CCR.

Nuestro sistema de salud se está construyendo sobre una base más amplia que la actual.

Nuestras poblaciones, a través de nuestras estructuras organizativas, deseamos mejorar su estado de salud en todos sus aspectos: relaciones humanas (convivencias), cultura, vivienda, alimentación, saneamiento ambiental, etc.

Estamos conscientes que la curación de enfermedades es sólo una de nuestras múltiples tareas y que la tarea principal de todos los que trabajamos en salud es promover la salud general.

Sabemos que el elemento más importante para la salud no es ni el especialista, ni el técnico, ni el médico, ni la enfermera, ni el psicólogo, ni la clínica, sino que la comunidad misma con su representante en salud: el promotor comunitario.

Estamos trabajando por nuestras comunidades. Cada comunidad tiene su propia estructura organizativa y elige a sus promotores de salud.

Los promotores son los pilares de nuestro sistema. Forman parte de nuestras comunidades y son responsables ante ellas. Si pierden la confianza de nuestras comunidades no podrán seguir trabajando como promotores.

Nuestros promotores reciben una formación básica en salud integral y pueden seguir capacitándose y especializándose en diferentes áreas como salud oral, salud mental, materno infantil, etc. Así pueden garantizar la solución de la gran mayoría de los problemas de salud en nuestras comunidades. Todos ellos forman una red de diferentes niveles y comunidades con su propia organización y administración.

Los médicos, las enfermeras, los psicólogos y los técnicos en salud en general no son originarios de nuestras comunidades, ni son elegidos por ellas. Sin embargo, todos deberán responsabilizarse ante nuestras comunidades y

deberán respetar las normas técnicas profesionales de sus respectivas áreas.

En concreto esperamos de los médicos que trabajen en nuestras comunidades:

- * Que permanezcan en nuestras comunidades
- * Que se integren a la organización que ya existe en nuestras comunidades
- * Que se incorporen a nuestros organismos de salud según las necesidades y decisiones que dichos organismos tomen
- * Que busquen el acercamiento fraterno con nuestra población y con nuestros promotores comunitarios
- * Que busquen el intercambio de experiencias e ideas con nuestra población y con nuestros promotores comunitarios para que todos aprovechemos de dicho intercambio
- * Que respeten las creencias, esperanzas y planteamientos de nuestra población, especialmente los enfermos
- * Que estén dispuestos a dar su aporte técnico en todas las tareas que realicemos, sean a nivel organizativo, administrativo, medicina preventiva y curativa, pero sin substituir en las mismas a nuestro promotor comunitario. Esto es lo que entendemos por asesoría técnica.
- * Que sepan usar la metodología popular participativa en todas las actividades de organización y capacitación que ejecuten
- * Que reciban un seminario para informarles de los normativos de los SILOS, forma de trabajo y métodos para realizar mejor sus actividades diarias dentro de nuestro sistema de salud, y evaluar mensualmente y en conjunto dicho trabajo.

CONSULTA MEDICA

- * Se dará según las necesidades y las decisiones del organismo municipal de salud integral OMSI
- * El médico sólo atenderá pacientes referidos por un promotor comunitario (con la excepción de emergencias)
- * El médico realizará, en sus consultas, capacitación práctica para los promotores comunitarios
- * Al final de la jornada se realizará una evaluación
- * Ni los promotores, ni los médicos, ni el personal del establecimiento comentarán los problemas de los pacientes a menos que sea en sesión clínica o de evaluación
- * Los médicos harán sugerencias terapéuticas a los promotores comunitarios únicamente en las sesiones de evaluación y nunca adelante de los pacientes
- * Los exámenes de órganos sexuales se harán únicamente con el consentimiento expreso del paciente