

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA (UNAN)  
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD (CIES)  
MUNICIPIO DOCENTE ASISTENCIAL DE LEÓN.

T61  
P438  
VPA

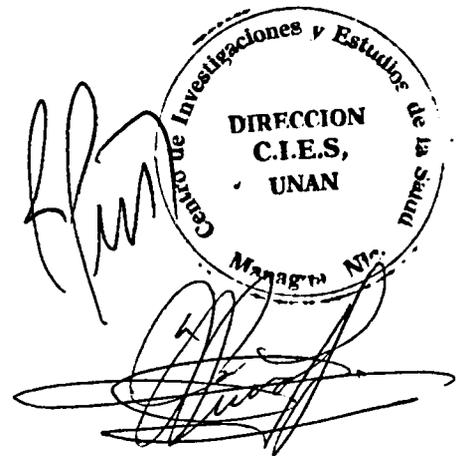
IMPACTO DE LA PARTICIPACION COMUNITARIA EN EL REGISTRO DE DATOS  
EN UNIDADES DE SALUD SELECCIONADAS.  
LEON. MARZO-AGOSTO, 1993.

Tesis de grado para optar al título de  
Master en Salud Pública.

Autor:  
Dr. René Pérez Montiel

Tutor:  
Dr. Rodolfo Peña García

Asesores:  
Dr. Vicente Pruñonoza  
Dr. Julio Piura



León, 15 de enero de 1994.

  
Ministerio de Salud  
Dirección General  
Docencia e Investigación

T  
61  
P438  
1994

León de Nicaragua

**IMPACTO DE LA PARTICIPACION COMUNITARIA  
EN EL REGISTRO DE DATOS  
EN UNIDADES DE SALUD SELECCIONADAS  
León, Marzo-Agosto 1993**

por

**René Pérez Montiel**

**" Ve en busca de tu gente:**

**Amalos;**

**Aprende de ellos;**

**Planea con ellos;**

**Sírveles:**

**Empieza con lo que tienen:**

**Básate en lo que saben.**

**Pero de los mejores líderes**

**cuando su tarea se realiza**

**y su trabajo termina,**

**toda la gente comenta: "**

**- Lo hemos hecho Nosotros Mismos."**



**(Anónimo)**

## **DEDICATORIA**

**A Mauricio Abdalah Ramírez, Médico Nicaragüense, cómplice de sueños y hermano de lucha en la búsqueda de un nuevo amanecer.**

## TABLA DE CONTENIDOS

### AGRADECIMIENTOS RESUMEN

I.	INTRODUCCION	1
II.	ANTECEDENTES	2
III.	OBJETIVOS	3
IV.	MARCO DE REFERENCIA	4
V.	HIPOTESIS	7
VI.	DISEÑO METODOLOGICO	8
6.1	Area de estudio	
6.2	Población de estudio	
6.3	Tipo de estudio	
6.4	Contraste principal	
6.5	Parámetros de medición	
6.6	Operacionalización de variables	
6.7	Plan de análisis	
6.8	Fuentes y técnicas de recolección de datos	
VII.	RESULTADOS	15
VIII.	DISCUSION	30
IX.	CONCLUSIONES	40
X.	RECOMENDACIONES	42
XI.	REFERENCIAS	43
XII.	ANEXOS	48
12.1	Reflexiones y Experiencias	
12.2	Instrumento de medición de la Participación Comunitaria	
12.3	Instrumento de recolección de datos	
12.4	Modelo de medición de los niveles de Participación Comunitaria	
12.5	Modelo de tipificación del subregistro	
12.6(9)	Contraste de datos	
12.10(12)	Tipificación del subregistro	

## AGRADECIMIENTO.

A los Brigadistas Populares de Salud de los Repartos "Benjamín Zeledón", "Primero de Mayo", "El Calvarito" y "La Providencia" de la ciudad de León.

A la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI) y a la Oficina Panamericana de la Salud (OPS), por su apoyo financiero durante las primeras fases de la investigación.

A Vicente Pruñonoza, asesor y gestor de las primeras ideas de ésta investigación.

A Martha González, por su paciencia en la revisión del diseño inicial

A Rodolfo Peña, tutor de la investigación, riguroso y tenaz, sin su aporte difícilmente hubiéramos avanzado lo suficiente.

A Julio Piura, asesor principal de la investigación, acucioso e incansable en el apoyo metodológico

A Jorge Arosteguí, por sus brillantes aportes al aspecto conceptual y el diseño de la investigación.

A Juan Samaja, por su contribución en lo referente al subregistro.

A Aurora Aragón, por su apoyo en los momentos de angustia.

A Mercedes Briceño, Ma Eugenia Lara, Dominga Canales y Paola Osejo, miembros del equipo coordinador del trabajo de campo.

A la Dirección del Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES), por su apoyo financiero en la etapa final de la investigación.

A Susan D'Blois, por sus aportes en el tema de la participación social.

A los compañeros del Departamento de Medicina Preventiva de la Universidad de León, por sus aportes y solidaridad.

Al Dr. Lorenzo Muñoz, afluyente del "río de la vida", en el reencuentro con la Salud Pública.

A Doña Thelma, mi madre, ejemplo de honestidad y de mujer, quien me inculcó en los valores que motivaron mi incursión en el campo de la Salud Pública.

A Armantina, compañera de vida, por su apoyo y comprensión.

A Mey-Ling, Renee Tamara, Claudia Lucía y Ernesto Pancasán, mis hijos, herederos de quienes hicieron realidad el sueño de una Nueva Nicaragua.

## RESUMEN

En Nicaragua desde la década de los 80' el personal comunitario ha venido participando de forma habitual en la producción de datos de salud, sin embargo esta práctica no ha sido incorporada de forma sistemática a los procesos de medición de salud. El presente estudio tiene como objetivos determinar los niveles de Participación Comunitaria en Salud existentes en una comunidad, medir los cambios en el registro de datos de salud posterior al diseño e implementación de estrategias de intervención comunitarias y tipificar el subregistro existente en las unidades de salud involucradas desde la perspectiva comunitaria.

La intervención comunitaria fue realizada en el espacio población de cuatro unidades de salud del área urbana de la ciudad de León durante el primer semestre de 1993. Los parámetros de salud sujetos a medición fueron: Casos de diarrea en menores de un año, Embarazos, Nacimientos y Defunciones. Los criterios de selección de las comunidades en estudio fueron: accesibilidad, perfil socioepidemiológico y niveles de participación social. Los actores relevantes de la participación popular en salud de las comunidades intervenidas participaron en el diseño, ejecución del estudio y evaluación de los resultados del mismo.

Los principales resultados fueron: 1. Se adaptó un modelo de medición de los niveles de Participación Comunitaria en Salud, 2. Se diseñó e implementó una estrategia con componentes organizativos, de capacitación, diseño de instrumentos y de comunicación de resultados, sin observarse incrementos en el registro de los parámetros de salud, ni en la cobertura de los servicios en las comunidades intervenidas en relación a las comunidades testigo, 3. El evento de menor cobertura fue la diarrea en menores de un año; los embarazos y nacimientos que no son atendidos en el servicio de salud, por lo general no reciben ningún tipo de atención. Las causas de mayor inasistencia fueron: actividad laboral de madres, familiares o pacientes; falta de hábitos en demandar atención a recién nacidos sanos y embarazadas y problemas en la organización de los servicios de salud.

La situación de crisis socio-económica, los hábitos y prácticas sanitarias de la población, la falta de una política de estímulos a los Brigadistas Populares de Salud y la insuficiencia del actual modelo de atención institucional para mejorar la situación de salud son entre otros factores, aspectos que dificultan el desarrollo de la Participación Comunitaria en Salud, aún en comunidades con amplia historia de participación. La insuficiente calidad de la atención médica, la falta de accesibilidad económica, la poca experiencia metodológica e instrumental para medir la Participación Comunitaria y tipificar el subregistro, constituyen factores que deben tomarse en cuenta al diseñar estrategias de intervención comunitaria. Se requiere desarrollar nuevos estudios que mejoren la validez de los instrumentos desarrollados y enriquezcan los fundamentos teóricos de los modelos aplicados.

**Palabras Claves:** Participación Comunitaria } en Salud, Sistemas de Información, Intervención comunitaria, Subregistro.

## I. INTRODUCCION.

La situación de salud de Nicaragua de acuerdo a cifras y estimaciones oficiales es una de las más deterioradas de América Latina (1-4). Sin embargo la extraordinaria experiencia en el campo de la Participación Comunitaria desarrollada en la década de los 80 (5-7) permitió la sobrevivencia de un movimiento popular en el campo de la salud de un enorme potencial en relación a los escenarios previstos para el año 2000 (8-9). Contribuir al fortalecimiento ésta experiencia a partir de una de las áreas críticas del Sistema de Salud Nicaragüense, como lo es, el Sistema de Información de Salud (10), constituye la motivación principal para desarrollar ésta Investigación.

La información existente sobre aspectos metodológicos e instrumentales, relacionadas al involucramiento comunitario en los sistemas de información, es insuficiente (11-14), por lo que éste estudio de carácter exploratorio pretende desarrollar metodologías e instrumentos, que contribuyan a estimular la participación comunitaria, ampliar la cobertura del sistema de información de salud y estimar el subregistro desde una perspectiva no institucional.

Los estudios en el campo de la Participación Comunitaria en Nicaragua han estado dirigidas a caracterizar la participación (15-16), o bien a intervenir sobre problemas concretos (17-18), casi siempre soportados en una importante cooperación externa. Este estudio ha pretendido desarrollar más bien las propias capacidades de los líderes comunitarios y la transferencia de poder a través del manejo de información relevante para la Programación y Planificación Local, dentro del contexto planteado por el Ministerio de Salud (MINSAL) a través del Modelo de Sistemas Locales de Atención Integral a la Salud (SILAIS) institucionalizado para el quinquenio 1991-1996 (19).

La organización sanitaria del municipio de León, ha acumulado más de una década de experiencias en la articulación de la Participación Social (Comunidad-Universidad-Alcaldía-MINSAL- ONG'S) en la esfera de la Salud, sin embargo no se han sistematizado las estrategias para incorporar la Participación Comunitaria en el Sistema de Información de Salud y medir su impacto en el incremento de la cobertura de datos de salud.

Se trata entonces de responder a las siguientes interrogantes:

Es posible implementar estrategias de intervención comunitaria para incrementar el registro de datos de salud en comunidades con diferentes niveles de Participación?

Qué diferencias podrían atribuirse a la implementación de estrategias de intervención comunitaria, en el incremento de la captación de datos de salud?.

## II. ANTECEDENTES

El Municipio de León, es la segunda ciudad de Nicaragua, situada al occidente del país, a 90 km de la capital, sede de la Universidad desde inicios del S. XIX y protagonista de los acontecimientos político-sociales más importantes en la historia del país. El Municipio Docente Asistencial (MDA) comprende el espacio-población de la ciudad de León, como un modelo que atiende la formación de recursos humanos y la prestación de servicios, mediante la red de unidades docente-asistenciales existentes, a partir de los problemas priorizados, con un involucramiento activo de la comunidad, el Ministerio de Salud y la Alcaldía, para transformar la situación de salud existente(20). Su conformación se estructura a inicios de 1990 en la ciudad de León, basado en los aspectos organizativos y metodológicos de la integración docente asistencial, la participación social y la articulación con el gobierno local y el Movimiento Comunal, teniendo como marco de referencia el programa Estudio-Trabajo impulsado por la Facultad de Ciencias Médicas desde el año 1980 (21.)

Para el MDA la deficiencia e insuficiencia del actual Sistema de Información, constituyen uno de los principales problemas intermedios, para la prestación de servicios a la población(20). Los datos demográficos no son fiables, los datos oficiales de morbi-mortalidad y cobertura tienen un elevado subregistro, no existe coherencia en la transmisión de información entre los diferentes niveles del sistema de salud, con un importante grado de desmotivación en el personal que toma los datos, no se toma en cuenta los datos e información que manejan actores extrasectoriales, con serias deficiencias en el análisis y procesamiento de la información (22), en síntesis no constituye un instrumento para la adecuada toma de decisiones, lo que no contribuye a mejorar la salud, que es en última instancia el propósito de un sistema de medición de la salud.

La historia de Participación Comunitaria en Salud (PCS) en el municipio de León se remonta a finales de los años 70, alcanzando un extraordinario impulso durante el período de transformaciones sociales de la década de los 80, período durante el cual diversas organizaciones comunitarias, religiosas, no gubernamentales, universitarias y del gobierno local, se involucraron en diversas actividades de promoción y recuperación de la salud. Las medidas de ajuste estructural iniciadas en 1990 generaron una revisión de las prioridades del Movimiento Comunal, definiéndose a la salud como un área prioritaria, además se vio la necesidad de desarrollar nuevos mecanismos de trabajo que permitieran una participación más sistemática, alrededor de las soluciones de los principales problemas de salud de la población. Sin embargo, a pesar de la experiencia acumulada en el MDA y el peso de los actores comunitarios involucrados, la situación de la PCS descrita en 1992 evidenció que aún persiste el activismo y el enfoque colaboracionista en las acciones de salud, que las áreas de interés aún son establecidas por el nivel institucional, con dificultades en la articulación intersectorial y en la democratización del Movimiento Comunal y en la optimización de la cooperación externa, para darle más viabilidad y factibilidad al desarrollo de la PCS en el municipio (23).

### III. OBJETIVOS

#### **Objetivo General**

VALORAR EL IMPACTO DE LA PARTICIPACION COMUNITARIA EN SALUD EN EL REGISTRO DE DATOS EN UNIDADES DE SALUD SELECCIONADAS. LEON, MARZO-AGOSTO, 1993.

#### **Objetivos Específicos**

1. Determinar las características de la participación comunitaria en salud en las comunidades seleccionadas.
2. Diseñar e implementar estrategias de intervención comunitarias tendientes a incrementar el registro de datos en unidades de salud.
3. Determinar cambios en el registro de datos de salud atribuibles a las estrategias implementadas.
4. Tipificar el registro de casos que no demandan atención en las unidades de salud.

#### IV. MARCO DE REFERENCIA.

El primer antecedente reportado en la OMS sobre registro de datos de salud por personal no médico data de 1956, pero no fue sino hasta 1971 que se discutió oficialmente su incorporación para notificar la morbimortalidad en países en desarrollo, utilizado el término **Lay Reporting** para referirse a la utilización de métodos tendientes a lograr información sobre problemas o necesidades de salud de los sistemas de Atención Primaria en Salud (APS), por personal no calificado médicamente según las normas comúnmente aceptadas(24).

Las estrategias derivadas de la conferencia de Alma-Ata para la Región de las Américas(25), permitieron replantear los alcances y objetivos de Lay Reporting, desarrollándose diversas experiencias en Perú, Brasil, Bolivia y México, que han permitido reconocer la importancia de esta metodología para tener conocimiento del estado de salud y como un refuerzo al sistema formal de información. Particularmente UNICEF ha venido promoviendo desde finales de los años 80 en más de 60 países del tercer mundo, la utilización de metodologías que incorporan datos proporcionados por personal comunitario para estudiar diversos problemas ligados al área materno-infantil (26), tomando como premisa que un sistema de información debe estimular al máximo la participación de la comunidad y de todos los sectores que influyen en la salud, para un mejor aprovechamiento de los datos disponibles y retroalimentarlos sobre el impacto de sus actividades en la salud(27).

Particularmente el último decenio del S.XX ha puesto claramente en evidencia la imposibilidad de enfrentar la situación de crisis de los sistemas de salud, aún con los planteamientos de descentralización e intersectorialidad, sin una amplia y efectiva participación de los principales usuarios-beneficiarios de las políticas implementadas: la población(28-29). De igual manera pareciera existir consenso, sobre la necesidad de implementar estrategias y metodologías que incorporen al clásico conocimiento médico las necesidades de salud, la búsqueda de información y recursos, y la redefinición de relaciones con otros sectores entre otros aspectos; desde una perspectiva que integre los puntos de vista, criterios e incluso participación, en la toma de decisiones, de otros actores relevantes, externos al sector salud (30-31).

La situación de Nicaragua, en el contexto de una situación de pos guerra y de crisis de las políticas sociales implementadas en la década de los 90, ha generado la necesidad de explorar, desarrollar y consolidar metodologías, que en el marco de desarrollo del modelo de los Sistemas Locales de Atención Integral a la Salud (SILAIS), integren el componente de Participación Social, en la percepción de necesidades de información diferentes de las que habitualmente ha dispuesto el sector (32). Es más, se plantea la imposibilidad de desarrollar la Participación Social si la población no está suficientemente informada, o no está retroalimentada con la información que habitualmente produce (33).

Sin embargo debe analizarse que el Sistema de Información de Salud (SIS) actualmente en operación desde 1980, fue diseñado con el objetivo de satisfacer la demanda de datos para la extensión de cobertura y la organización de las actividades en programas, cuyo procesamiento fue el ordenamiento de la suma de datos para ser comparadas con las metas previstas y servir a los niveles superiores del Ministerio de Salud(34).

Aunque desde 1985 se planteó la necesidad de incorporar datos confiables sobre la población y sus hechos vitales, así como la utilización de indicadores externos al sector salud, para poder medir la cobertura e impacto de las acciones; la situación de deficiencia del Sistema de Información ha persistido hasta la fecha, a pesar de haberse identificado claramente las áreas críticas del mismo(35). En 1990 se concluyó que:

1. El SIS fue diseñado con una visión centralizada, agregativo y sin mecanismos de retroalimentación.
2. No se ha estructurado un sistema de indicadores básicos que permitan el monitoreo y evaluación de las actividades en el nivel local, calidad de los servicios, grupos etáreos atendidos e integrados a la planificación local.
3. Falta de continuidad entre SIS y proceso de planificación, sin una definición precisa de los datos que deben enviarse de un nivel a otro e inexistencia de instrumentos para la recolección de datos acerca de la utilización de Recursos Humanos, costos etc.

Del conjunto de alternativas desarrolladas para solucionar estos problemas sin interferir con el perfeccionamiento y desarrollo global del sistema, se hace referencia a los llamados Métodos no convencionales, conocidos genéricamente como Información basada en la comunidad, que fundamentalmente obtiene datos en la comunidad que luego es incorporada al sistema de información (36).

Como áreas de aplicación de éstas técnicas están:

1. Estadísticas Vitales.
2. Necesidades de la población.
3. Vigilancia Epidemiológica.
4. Monitoría de programas.
5. Percepción del proceso Salud Enfermedad.

Entre los requisitos, características, riesgos y ventajas de éstas técnicas están:

Requisitos:

1. Son medidas de implementación rápida, de bajo costo, aprovechando la infraestructura existente.
2. Debe existir cierta garantía de continuidad.

3. No transculturar la comunidad.
4. Las limitantes previstas deben especificarse en el diseño.
5. Debe existir un esquema de respuesta por el Sistema de salud acorde con las necesidades.
6. El Sistema de salud debe adaptarse e interpretar los resultados, no a la inversa.

#### Características.

1. Diseñados con la participación de los actores involucrados.
2. De naturaleza intersectorial.
3. Integrados de conveniencia al resto del sistema a nivel nacional.
4. Debe contemplarse en primer lugar la utilidad para la comunidad.
5. Es un complemento al Sistema, no un sistema en si mismo.

#### Riesgos.

1. Delegar responsabilidades del sector salud en otros actores.
2. Transculturización.
3. Tender a reemplazar los métodos convencionales por éstos.
4. Crear expectativas que superen las limitaciones de las técnicas.

#### Ventajas.

1. El conocimiento de la realidad y los acontecimientos vitales por los actores de la comunidad.
2. Involucra actores potenciales en posibles procesos de intervención.

La estrategia consiste en rescatar la información e incorporarla al SIS, para solucionar problemas de oportunidad y cobertura, además de capturar información que habitualmente no abordan los sistemas de forma rutinaria.

## **V. HIPOTESIS**

La implementación de estrategias de intervención que promuevan la Participación Comunitaria en la captación de datos de salud, en comunidades con diferentes niveles de participación, está relacionado con cambios en la cobertura del Sistema de Información de Salud, en los puestos médicos de las comunidades correspondientes.

## VI. DISEÑO METODOLOGICO

### Area de Estudio

El estudio se llevó a cabo en la ciudad de León, con una población de 172,010 (INEC 1992), 80% de ellos residentes del area urbana, una extensión de 1114 Km 2 y una densidad poblacional de 154 hab/Km 2. Cuenta con 36 unidades de salud, 34 de ellas adscritas al primer nivel de atención, con un hospital de referencia departamental y otro de referencia nacional. tradicionalmente productora de granos básicos y algodón, actualmente en recesión por la situación de pos guerra y las medidas de ajuste estructural impulsadas en Nicaragua desde 1990, con una tasa de ocupación total de 44% (FIDEG 1992).

Por razones de factibilidad el estudio fue realizado en dos repartos, una unidad poblacional y un barrio del area urbana de la ciudad de León, durante el período comprendido entre Enero y Agosto de 1993. Los repartos seleccionados fueron Benjamín Zeledón y La Providencia, la unidad poblacional Primero de Mayo y el Barrio El Calvarito; todos se encuentran ubicados en la periferia de la ciudad (Ver mapa), cuentan con puestos médicos del Ministerio de Salud (MINSA), considerados como unidades docente-asistenciales ya que desarrollan actividades de salud del programa Estudio-Trabajo del Municipio Docente Asistencial y la Universidad. La población estimada entre las cuatro comunidades es de 18554 hab (Censo Alcaldía de León, 1992).

### Población de estudio

La población de estudio fueron los habitantes de los repartos "Benjamín Zeledón" y "1o de Mayo", de la ciudad de León.

Para la selección de las comunidades en estudio se utilizaron los criterios de Accesibilidad, Perfil socio-epidemiológico y Niveles de Participación Comunitaria en Salud (PCS) existente. La selección de los repartos fue realizada mediante un proceso de consulta a las autoridades de salud del municipio, equipo de dirección y promotores del Movimiento Comunal, y la asamblea de líderes comunales de la ciudad de León. Mediante este proceso se determinaron de alta PCS a los repartos "Benjamín Zeledón" y "La Providencia," y de baja PCS al reparto "1o de Mayo" y al Bo "El Calvarito". Posteriormente de forma aleatoria simple se seleccionó como comunidades de intervención a los repartos "Benjamín Zeledón" y "1o de Mayo", asegurando mediante la aleatoriedad que participara una comunidad con altos niveles y una con bajos niveles de PCS. De la misma forma los repartos "La Providencia" y "El Calvarito" fueron seleccionados como comunidades testigo.

### Tipo de estudio

El diseño del estudio es de carácter cuasiexperimental con **intervención comunitaria** y una participación activa de actores relevantes de las comunidades intervenidas en las diferentes etapas del programa de intervención.

### Contraste principal

El estudio tuvo como contraste principal determinar el impacto de la **implementación de estrategias de intervención comunitaria** (Variable Independiente), en el **registro de datos de salud** ( Variable dependiente)

### Parámetros de medición

En consulta con los brigadistas populares de salud (BPS) de las comunidades intervenidas se determinaron tomar como parámetros de medición los siguientes datos de salud ocurridos durante el período de intervención:

- **Diarrea en menores de un año.**
- **Embarazos.**
- **Nacimientos**
- **Defunciones**

Los criterios para la selección de éstos parámetros fueron:

1. *Diarrea en menores de un año*, por ser el grupo de edad con mayor riesgo de deshidratación, y con mayores dificultades en el cuidado familiar.
2. *Embarazos*, por su elevada prevalencia y prioridad para el servicio de salud, sobre todo los que están en su primer trimestre de gestación; de especial interés fue el grupo de embarazadas adolescentes, por su incremento en los últimos años (PROFAMILIA-1993) y su importancia para estudios posteriores sobre el patrón reproductivo.
3. *Nacimientos*, por su importancia como trazador de la atención al recién nacido, tanto a nivel comunitario como para el servicio de salud.
4. *Defunciones* de cualquier edad, por el importante subregistro existente en los datos de mortalidad, tanto a nivel local como nacional.

Se discutió la idea de incluir otros parámetros como IRA y Desnutrición, pero se decidió no hacerlo tomando en cuenta la poca disponibilidad de tiempo del BPS, además que se requeriría mayor capacitación y diseño de instrumentos que permitieran registrarlos adecuadamente.

## Modelo de medición de la Participación Comunitaria en Salud

Para medir los niveles de Participación Comunitaria fue preciso adaptar el modelo definido por Agudelo y Rifkin (37-38) y las propuestas derivadas de los estudios de casos de OPS (39-40), a la realidad de la PCS en Nicaragua.

El modelo está constituido por cinco ejes: Manejo Conceptual, Antecedentes, Organización, Contenidos y Liderazgo. Cada eje constituye el extremo de un diagrama radial, asignado un valor entre uno y tres, correspondiendo el valor más elevado (3) a las comunidades con una alta PCS y el menor valor (1) a las comunidades con una baja PCS, estos valores se grafican en un pentagrama que permite presentar de forma visual los niveles de PCS de las comunidades involucradas en el estudio (Anexo 4).

### Operacionalización de Variables

#### 1. Niveles de Participación Comunitaria.

Las dimensiones o ejes de la participación comunitaria fueron definidos de la siguiente manera:

1.1 **Manejo conceptual:** Qué entienden los actores involucrados por Participación Comunitaria en Salud?

1.2 **Contenidos:** Qué acciones de PCS desarrollan?, A que necesidades de salud responden las acciones de PCS desarrolladas?

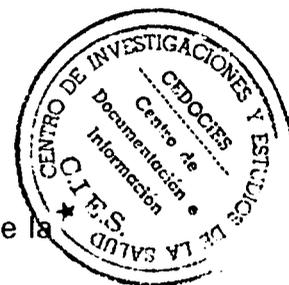
1.3 **Organización:** Cómo se estructura la participación?, Cuáles son los mecanismos desarrollados para asegurar la comunicación a lo interno de la comunidad?

1.4 **Liderazgo:** Quienes participan?, Cómo se ejerce el liderazgo existente?,Cuál es el grado de la participación femenina o de otros sectores?

1.5 **Antecedentes:** Desde hace cuánto tiempo se desarrollan acciones de PCS?, Qué tan sistemática ha sido la realización de las acciones de PCS?

#### 2. Diseño de estrategias de intervención comunitaria

Por las características del estudio, el diseño de la intervención fue construido tomando en cuenta los criterios del equipo coordinador de la investigación, y los comites de BPS integrados en las comunidades intervenidas, de esta manera la construcción de las estrategias constituyó un resultado de la investigación, de acuerdo a las siguientes etapas:



En una **primera etapa** se presentaron los propósitos de la investigación a los BPS de los repartos seleccionados, conformándose un comité de BPS, que fue capacitado de acuerdo a contenidos definidos en conjunto con los brigadistas. La culminación de esta etapa fue la realización de la medición de base en las cuatro comunidades seleccionadas.

En una **segunda etapa** se definieron de forma progresiva las estrategias de intervención: Organizativas, Capacitación, Diseño de instrumentos y de Comunicación de resultados a la comunidad .

En una **tercera etapa** se realizó el proceso de medición sistemática de los parámetros de salud seleccionados. La culminación de esta etapa fue la realización de una segunda encuesta domiciliar en las comunidades intervenidas.

En una **cuarta etapa** se realizó el contraste de datos con los registros de salud de los puestos médicos, para observar los cambios atribuibles a la implementación de las estrategias de intervención.

Una **quinta etapa** consistió en la comunicación de resultados a la comunidad.

Las premisas para la construcción de la estrategia fueron:

- a. Los resultados de la caracterización de las comunidades seleccionadas.
- b. Los resultados de los talleres de capacitación.
- c. La discusión con los directores de puestos médicos y promotores comunales, acerca de la situación de salud percibida por el MINSA y la necesidad de mejorarla desde una perspectiva no exclusivamente institucional.

### **3. Cambios en el registro de datos atribuibles a la intervención**

Por consenso a lo interno de los comites de BPS se determinaron cuatro parámetros de salud: Diarreas en menores de un año, Embarazos, Nacimientos y Defunciones ocurridas durante el período de la intervención; dichos parámetros fueron medidos a través de encuestas en hogares al inicio de la intervención a fin de tener una "línea de base", y durante cuatro meses consecutivos se desarrolló un sistema de "vigilancia comunitaria" sobre los parámetros seleccionados a fin de contar con un registro complementario al del puesto de salud, para concluir con una segunda encuesta en hogares realizada únicamente en las comunidades intervenidas.

- a. Definimos como diarrea en menores de un año, todo niño en dicho grupo de edad que es reportado enfermo de diarrea, por la madre o el familiar a cargo del cuidado del menor, o es atendido en las Uro's comunitarias durante el período de la intervención.

b. **Embarazo**, toda mujer residente en la comunidad que se conoce está embarazada o bien que es reportada como tal al BPS, durante el período de la intervención.

c. **Nacimiento**, todo nuevo nacimiento ocurrido en la comunidad y que es conocido o reportado al BPS durante el período de la intervención.

d. **Defunción**, todo fallecimiento ocurrido en la comunidad durante el período de la intervención, que es conocido o reportado al BPS.

Al finalizar la intervención se contrastaron los cambios ocurridos en los parámetros de medición, estableciéndose tasas de ocurrencia, tomando como numeradores los casos reportados, y como denominadores los datos poblacionales establecidos por la encuesta en hogares. Los cambios a ser analizados en los parámetros de medición establecidos fueron los siguientes:

- Diferencias entre los registros de los puestos médicos y los registros comunitarios.

- Diferencias entre los registros del puesto médico de una comunidad con alta PCS y el de baja PCS.

- Diferencias entre los registros de los puestos médicos de las comunidades intervenidas, y aquellos cuyas comunidades no fueron intervenidas.

#### **4. Tipificación del registro de casos que no demandan atención en los puestos médicos.**

La tipificación se refiere a la caracterización de aquellos casos registrados en la comunidad, que no acuden a los servicios de salud, para identificar las características epidemiológicas y la percepción de las personas acerca de los factores causales de su inasistencia.

De forma longitudinal durante cuatro meses y a través de la encuesta domiciliar se llevó un registro de las personas inasistentes a los servicios de salud de los parámetros previamente seleccionados.

Para cada caso se estimaron variables como: edad, sexo, domicilio, ocurrencia, asistencia a otros proveedores de salud y causas de inasistencia a los puestos médicos.

### Modelo de tipificación del subregistro

Con el propósito de obtener una adecuada tipificación y debido a la escasa información metodológica e instrumental sobre la medición del subregistro, durante el desarrollo de la intervención fue preciso construir un modelo a partir de los ejes: cobertura, alternativas de atención y causas de inasistencia a los servicios de salud. A cada eje se le asignó un rango de uno a tres, correspondiendo el valor más elevado a los puestos médicos con mayor subregistro, graficando estos valores en un diagrama triangular (Anexo 5).

El rango para cada eje fue establecido de acuerdo a las siguientes preguntas:

- a: Cobertura: Acudió al puesto médico a recibir atención?.
- b. Alternativas de atención: Dónde recibe atención cuando no acude al puesto médico ?
- c: Causas de inasistencia: Por qué no asistió al puesto médico?

La cobertura de los puestos médicos será medida en diferentes momentos y con diferentes técnicas durante el período de la intervención: encuesta en hogares a realizarse en el mes de marzo en las cuatro comunidades; medición sistemática durante los meses de abril a julio y encuesta en hogares durante el mes de agosto, únicamente en las comunidades intervenidas.

### Fuentes y técnicas de recolección de datos

Para la caracterización de la comunidad, diseño de estrategias y tipificación de inasistentes, se utilizaron fuentes directas, como BPS, informantes claves de la comunidad, jefes de familia, personal y autoridades de salud del municipio. En la determinación de cambios en el registro de datos, además se utilizaron fuentes secundarias, como los registros de los puestos médicos de las comunidades seleccionadas.

Las técnicas de recolección de datos fueron entrevistas estructuradas y semi estructuradas, reunión de grupos focales, observación participante, revisión documental y visitas domiciliarias.

Los instrumentos utilizados fueron: cuestionarios, libretas de Bhopal (cuadernos de bajo costo en cuyo anverso se adhiere el cuestionario a fin de utilizar las páginas para anotar las respuestas, fueron utilizados por primera vez en el desastre de Bhopal en 1984), grabadoras, cámara fotográfica y de video, y libreta de campo.

### Mecanismos de recolección de datos.

Los datos fueron recolectados tomando en cuenta la división en calles o etapas de las comunidades intervenidas, procurando en la medida de lo posible que la persona encargada de recolectar los datos fuera residente del sector (calle o etapa) correspondiente.

El mecanismo más utilizado fue la visita domiciliar que permitió obtener datos directamente de la familia, contando con un "carnet de identificación" acreditado por el MINSA, la UNAN y el Movimiento Comunal. También se realizaron conversatorios con vecinos o informantes claves del sector, cuando no fue posible obtener el dato directamente de la familia, o para comprobar información de poca confiabilidad. En menor grado se tomaron en cuenta los registros de diarrea en las URO-domiciliares y los registros de las parteras en la atención de embarazos o partos domiciliarios.

### Frecuencia de recolección de datos.

La recolección de los datos se realizó de forma quincenal o mensual, especialmente durante el período con mayor presencia de adultos en las viviendas, que es más frecuente durante los fines de semana. Se discutió la posibilidad de trabajar con registros semanales, sin embargo no fue posible ya que dependía del tiempo libre que disponía el BPS, que debe compartirse con el trabajo de salud y sus necesidades de sobrevivencia económica.



## VII. RESULTADOS

### 1. Características de la Participación Comunitaria en salud en las comunidades seleccionadas y principales factores limitantes de la misma.

Las características de la PCS en las comunidades seleccionadas: Repartos "Benjamín Zeledón" y "La Providencia" (Alta PCS) y "Primero de Mayo" y "El Calvarito" (Baja PCS), fueron establecidas adaptando el modelo propuesto por Rifkin-Agudelo, cuyos ejes, indicadores y rangos, son descritos en el anexo No 2. Los resultados de la aplicación del modelo en las cuatro comunidades, de acuerdo al criterio de autoridades de salud y BPS es la siguiente:

#### 1.1 Autoridades de Salud Municipales

En relación al *manejo conceptual* acerca de la Participación Comunitaria en Salud (PCS), existe variabilidad entre los entrevistados, la mayoría (57%) la conceptualizan como "participación de las organizaciones del territorio en acciones de salud de acuerdo a lo que cada quien pueda hacer", un 28% la conciben como "integración de la comunidad en actividades desde el punto de vista preventivo, para mejorar su nivel de salud" y solamente un 14% como "proyección del personal de salud ante los problemas de la comunidad con un enfoque preventivo". A pesar de esta variabilidad las definiciones privilegian con un 86% el concepto de *colaboración*, aunque existe un 14% que incorpora el de *utilización*, limitando la PCS al accionar del personal de los servicios de salud (rango 1.8).

Los *antecedentes* de PCS tienen un amplio rango, ya que existen comunidades con sistematicidad en su participación desde hace más de diez años, en cambio otras apenas inician su historia de PCS (rango 1.5). La *organización* en el nivel municipal es más inestable y de tipo coyuntural, en función de las necesidades institucionales y de acuerdo a las prioridades de salud de los servicios de salud, no de las necesidades de la comunidad. A nivel territorial (Centros de Salud) la comunicación es más estable, con una representación más amplia de la comunidad, pero siempre en función de las necesidades de la institución sanitaria (rango 1.5). Habitualmente los *contenidos* consisten en el involucramiento de BPS en actividades priorizadas por el servicio de salud, control de enfermedades transmisibles o tropicales, jornadas de vacunación o de limpieza, captación de inasistentes a programas, fortalecimiento de puestos médicos y consecución de locales para las Unidades de Rehidratación Oral (URO'S) comunitarias (rango 1.5). Es importante destacar a este nivel que el Movimiento Comunal ha priorizado el fortalecimiento del movimiento de BPS, ocupando la capacitación un aspecto central en esta estrategia, gracias al apoyo sustancial de la cooperación externa hacia los proyectos de desarrollo comunitario (Cooperación italiana, Movimiento laico, Fundación "Kellogs" etc).

A nivel municipal el *liderazgo* se expresa a través de la existencia de promotores y líderes de salud comunitarios, tutores y estudiantes de la salud del programa Una Nueva Iniciativa en Salud (UNI) de la Universidad, personal de los servicios de salud del MINSA, representantes y trabajadores de la cooperación externa, alcaldía e instituciones del gobierno local, sectores femeninos, juveniles y religiosos entre otros. Sin embargo su principal expresión es a través del movimiento de Brigadistas Populares de Salud como los actores más relevantes de la PCS en el municipio, reciben capacitación de forma prioritaria, se gestiona su involucramiento en proyectos y su atención priorizada en los Puestos Médicos (P/M), (rango 2.5).

## 1.2 Reparto "Benjamín Zeledón".

Sobre el *Manejo Conceptual* entre los brigadistas populares de salud (BPS) de los cuatro repartos que participaron en el estudio, un 60% concibe a la PCS como "la existencia de grupos organizados para impulsar la asistencia de la población a los trabajos comunitarios en beneficio de su salud" y el 40% restante como "organización de la comunidad para apoyar la asistencia de la población a los programas priorizados y actividades de salud que se desarrollen en la comunidad". Persistiendo al igual que entre las autoridades de salud la hegemonía del concepto de *colaboración*, sin embargo un 40% de BPS asume el de *utilización* de los servicios de atención a la salud como su conceptualización de PCS (rango 1.6)

El reparto tiene *Antecedentes* de PCS desde la década de los 70' manteniendo como un eje priorizado el desarrollo de acciones de salud que durante el año pasado representaron el 60% de las acciones de PCS desarrolladas (rango 3). Sobre la *Organización* existente, de forma regular se efectúan reuniones o asambleas operativas y visitas casa a casa, mecanismos accesibles y aceptados por los miembros de la comunidad, con una convocatoria promedio de 40 personas, impulsadas por iniciativa de los representantes de salud comunitarios y que responden de forma compartida a las necesidades de salud de los servicios ( Ministerio de Salud) y de la comunidad (rango 2.5). El Movimiento Comunal del reparto ha priorizado entre los *Contenidos*: la capacitación a líderes y BPS, el involucramiento de BPS en programas de limpieza de calles, electrificación, letrificación, organización y funcionamiento de Unidades de Rehidratación Oral (URO'S) comunitarias (rango 2.5)

El *Liderazgo* está soportado por la presencia de BPS. En el reparto hay al menos un BPS en cada calle, con una relación de un BPS cada 40 viviendas. Entre el 75% y el 82% respectivamente son mujeres y se estructuran como equipo de salud con representación de religiosos, jóvenes estudiantes y amas de casa principalmente. Todos son voluntarios y reconocidos como BPS por los habitantes de la comunidad, sin existir un mecanismo estructurado que legitime su representatividad (rango 2). Existe un Puesto del MINSA, con un médico permanente que se involucra aunque de forma más sostenida que en otros reparto en las actividades de los BPS.

### 1.3 Reparto "Primero de Mayo"

El *Manejo Conceptual* sobre la PCS existente en el reparto es similar al que existe entre las otras comunidades, privilegiando el enfoque de "colaboración", que como fue señalado tiene un rango de 1.6. Los *antecedentes de PCS* en el "Primero de Mayo" tienen un rango de 1, ya que se trata de una comunidad de reciente desarrollo, surgida hace tres años, con una escasa participación en acciones de salud, que durante el año 92 representaron el 50% del total de acciones comunitarias desarrolladas. La *Organización* establecida para desarrollar la PCS contempla mecanismos de comunicación eventuales: reuniones, asambleas y visitas casa a casa, con una convocatoria promedio de 20 personas, pero que habitualmente requieren de la presencia de promotores comunitarios externos o bien son organizadas por los representantes del Ministerio de Salud (MINSA), por lo consiguiente responden a necesidades externas o bien de los servicios de salud que a necesidades propias de la comunidad (rango 1.5). En relación a los *Contenidos*, aunque existan prioridades de naturaleza global como la capacitación y el involucramiento de BPS en programas de saneamiento comunitario, electrificación, organización y funcionamiento de URO'S comunitarias; en el reparto se ha priorizado en la construcción del puesto médico, con apoyo de cooperación externa, el movimiento comunal y el Ministerio de Salud (rango 2.5).

El *Liderazgo* tiene como expresión fundamental la presencia de BPS, con un promedio de 3 BPS en cada etapa (entre 5 y 9 en total), para una relación de un brigadista cada 120 viviendas, todos trabajan de forma voluntaria, son aceptados por la población, sin existir mecanismos estructurados que legitimen su representatividad (rango 2). Entre el 50% y el 70% son mujeres, que son amas de casa y jóvenes estudiantes.

### 1.4 Reparto "La Providencia".

El *Manejo Conceptual* sobre la PCS mantuvo un rango de 1.6, con predominio del enfoque de "colaboración", de forma similar al de las otras comunidades. Los *Antecedentes* de PCS en el reparto datan desde los años 70', con un desarrollo estable de las acciones de salud que durante el año pasado representaron el 65% de las acciones de PCS desarrolladas (rango 3). La *Organización* existente es a través de reuniones o asambleas operativas y visitas casa a casa, mecanismos accesibles por los miembros de la comunidad, con una convocatoria promedio de 65 personas, impulsadas por iniciativa de los líderes de salud comunitarios y que responden de forma compartida a las necesidades de salud de los servicios ( Ministerio de Salud) y de la comunidad (rango 2.5). Los *Contenidos* promovidos por el Movimiento Comunal son la capacitación a líderes y BPS y el involucramiento en programas sanitarios, organización y funcionamiento de URO'S comunitarias; se ha priorizado en la remodelación y reacondicionamiento del puesto médico, con mano de obra comunitaria y apoyo del movimiento comunal y el ministerio de salud (rango 2.5).

El *liderazgo* de la PCS al igual que en los otros repartos está expresado por los BPS, en el reparto hay presencia de BPS en todos los sectores y anexos, con una relación de un BPS cada 40 viviendas. El 75% son mujeres y se estructuran como equipo de salud con representación de religiosos, jóvenes estudiantes y amas de casa principalmente. Todos son voluntarios y reconocidos como BPS por los habitantes de la comunidad, sin existir un mecanismo estructurado que legitime su representatividad (rango 2). Existe un Puesto del MINSA, con un médico permanente que se involucra parcialmente en las actividades de los BPS

### 1.5 Reparto "El Calvarito"

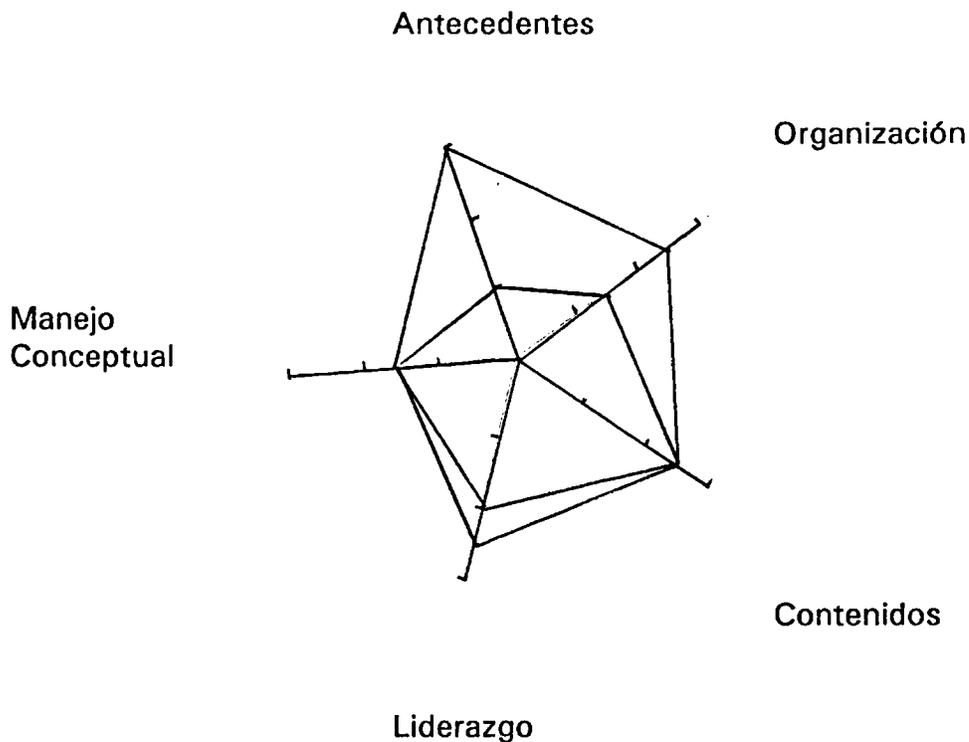
El *Manejo Conceptual* es semejante al resto de comunidades, privilegiando el enfoque de "colaboración" (rango 1.6). Existen *Antecedentes* de PCS desde la década de los 70, sin embargo en los últimos tres años ha venido decreciendo su nivel de PCS y durante el último año las acciones de salud representaron el 47% de las acciones comunitarias desarrolladas (rango 1). La *Organización* existente de forma habitual es a través de visitas domiciliarias y asambleas operativas con una convocatoria promedio de unas 40 personas, generalmente promovidas por el Ministerio de Salud (rango 1.5). Los *Contenidos* fundamentalmente son definidos por el Movimiento Comunal como son: la capacitación a líderes y BPS, el involucramiento de BPS en programas sanitarios, la organización y funcionamiento de URO'S comunitarias. Desde 1992 en el reparto se ha priorizado en la construcción del puesto médico, con apoyo de cooperación externa, el movimiento comunal y el ministerio de salud (rango 2.5).

El *Liderazgo* de la PCS se expresa por la presencia de BPS. En el reparto participan entre 15 a 21 BPS que están concentrados en sectores marginales anexos al barrio, con una relación de un brigadista cada 60 casas, en un 90% son mujeres y la mayoría jóvenes estudiantes. En el resto del barrio la organización de BPS es muy reducida, de forma que quienes desarrollan acciones comunitarias provienen de los sectores marginales ya mencionados. Es importante señalar que en el sector marginal se desarrollan mecanismos de consulta con la población para aprobar a quienes se proponen como BPS (rango 2.5). El P/M tiene una adecuada infraestructura y más de un médico, además de ofrecer servicios odontológicos, sin embargo su involucramiento en actividades comunitarias está bastante limitado al quehacer institucional.

### 1.6 Resultado global sobre la aplicación del modelo de medición de la PCS

El diagrama 1 resume el comportamiento global entre las diferentes comunidades al aplicar el modelo de medición de la PCS. Se observa que los ejes *Manejo conceptual* y *Contenidos* presentan un comportamiento similar entre las comunidades involucradas; el eje *Antecedentes* es el que tiene una mayor variabilidad, oscilando entre menos de un año en el reparto "Primero de Mayo", hasta más de diez años en el reparto "Benjamín Zeledón". El eje *Organización* únicamente presenta un rango diferente en el barrio "El Calvarito", conservando un rango similar en el resto de comunidades. Finalmente el eje *Liderazgo* con un rango de 2.5 en el Bo *El Calvarito*, es el único diferente del rango observado en el resto de comunidades involucradas en el estudio. Es decir que no se aprecian diferencias importantes entre las comunidades definidas previamente como de Alta o Baja PCS.

Diagrama 1. Niveles de participación comunitaria en salud



### 1.7. Factores que dificultan el desarrollo de la PCS

Los principales factores que dificultan el desarrollo de la PCS, fueron planteados tanto por autoridades de salud y brigadistas. Las autoridades municipales priorizaron la falta de indicadores para monitorear o evaluar los procesos de PCS, ya que actualmente el criterio más utilizado es la percepción del director o promotor de salud de acuerdo a su propia interpretación de la realidad; la falta de una política de estímulos para el personal de la comunidad, que neutralice el efecto de la situación económica global. Los brigadistas de salud, priorizaron la poca conciencia sanitaria de la población, la concepción errónea que atribuye únicamente al BPS las tareas de salud en la comunidad, falta de tiempo, ya que la mayoría estudian o trabajan.

De acuerdo al ámbito de responsabilidad correspondiente, los factores señalados tanto por las autoridades como por los BPS, se resumen en la Tabla # 1.

Tabla # 1.

Factores atribuidos al Ministerio de Salud	Factores atribuidos a la Comunidad
Falta de indicadores para evaluar el impacto de la PCS	Poca conciencia sanitaria de la población.
Falta de recursos materiales en las Unidades de Salud.	Concepción errónea que atribuye únicamente al brigadista las tareas de salud.
Falta de una política de estímulos al personal de salud.	Falta de tiempo, por estudio o trabajo para asumir el trabajo comunitario.
Deficiente infraestructura física de las unidades de salud.	Confusión socio-política que asocia la PCS a una determinada conducta partidaria.
Escaso número de médicos y reducido horario de atención a los adultos.	Falta de líderes con aceptación y confianza.
Ausencia de trabajo de terreno.	Concepción de "paternalismo institucional" por parte de la población
Falta de coordinación inter-institucional.	

## 2. Adecuación e implementación de la estrategia tendientes a incrementar el registro de datos de salud.

La estrategia de incorporación de la comunidad en el registro de datos de salud, fue adecuada e implementada, a partir de las premisas definidas en el diseño de la investigación; sin embargo por las características inherentes al proceso participativo éstas fueron rediseñadas, de acuerdo a las características de los diversos componentes de la estrategia. De forma particular el proceso de caracterización inicial facilitó el intercambio entre los diferentes actores involucrados en la intervención, siendo este mecanismo de interacción, esencial en la adecuación e implementación de la estrategia para incorporar la PCS en el registro de datos de salud.

### 2.1 Resultado de los talleres con informantes claves y BPS, para la adecuación e implementación de la estrategia

Mediante la realización de talleres con BPS y diversas reuniones con informantes claves a nivel municipal se aportaron diversas consideraciones generales y particulares de la intervención que constituyeron el marco de referencia para su diseño e implementación, siendo las de mayor consenso las siguientes :

#### *2.1.1. Premisas para la adecuación de la estrategia*

a. Los pobladores de las diferentes comunidades habitualmente *colaboran* en diferentes actividades con los servicios de salud, mientras que los BPS de forma casual *participan* en la programación de actividades del MINSA.

b. La baja cobertura del Sistema de Información de Salud en los puestos médicos del MINSA ya que únicamente contiene datos de quienes asisten a recibir atención. Muchas personas se atienden en el domicilio, asisten a curanderos, son atendidos por médicos privados etc, que no son registrados oficialmente por el servicio de salud.

c. La existencia de diversos mecanismos en la actividad cotidiana de los BPS, a través de los cuales conoce la situación de salud de la comunidad:

- Visitas domiciliarias.
- Reuniones de salud con el personal del MINSA.
- Reuniones de salud con el Movimiento Comunal.
- Asambleas con la comunidad.
- Reunión de líderes y colaboradores de salud de la comunidad.
- Asistencia de la población a las Casas-URO.
- Jornadas de vacunación
- Realización de censos
- Apoyo a las actividades del estudio-trabajo de la universidad.
- Apoyo a la realización de programas del MINSA.

d. No hay un proceso de incorporación de éstos datos al análisis de la situación de salud de la comunidad, existiendo además un problema conceptual ya que poco se reconoce el papel del BPS y en la mayoría de las veces únicamente son *utilizados* como "mano de obra barata" del MINSA.

e. El acceso de los BPS a datos de salud a través de los mecanismos descritos anteriormente, principalmente:

- Niños con diarrea
- Embarazadas
- Nacimientos
- Desnutridos
- Fallecidos
- Niños con enfermedad respiratoria
- Enfermos mentales
- Enfermos de malaria y dengue ( febriles )
- Además conocen la situación higiénico-sanitaria de la comunidad: charcas, basureros, agua potable, letrinas, aguas servidas, etc.

F. El reconocimiento al trabajo del BPS y el cumplimiento de la política de estímulos establecida por el MDA-MINSA con el Movimiento Comunal, con el propósito de construir la viabilidad necesaria en el proceso de incorporación de la comunidad en el registro de datos.

g. El abuso que ha tenido el uso de encuestas o censos en la comunidad, sin la comunicación de resultados o la realización de acciones que impacten en los problemas sentidos, constituyen factores negativos en el trabajo comunitario en salud, por lo que se espera el rechazo por parte de algunas personas.

h. La falta de conciencia sanitaria dificulta contar con más BPS, ya que la población cree que únicamente los actuales brigadistas son los que tienen la obligación de trabajar en acciones de salud .

i. La crisis socio económica de la ciudad de León, ha llevado al desempleo a muchos BPS o colaboradores de salud en los barrios. Debido a ello a muchas personas no les queda tiempo para trabajar en las acciones de salud impulsadas por los BPS.

j. La disminución de la calidad de atención de los servicios de salud y la falta de disponibilidad de medicamentos, constituyen factores que desmotivan la PCS y disminuyen el apoyo al trabajo del brigadista.

## 2.2. Estructuración de los componentes de la estrategia de intervención comunitaria

Sobre la base de las premisas anteriores, y de los resultados de la caracterización se estructuraron diversos componentes de la estrategia que permitieran cumplir los objetivos de la intervención, además de fortalecer las capacidades del movimiento de BPS y su representatividad ante la población:

- A.- Componente Organizativo
- B.- Componente de Capacitación
- C.- Componente de Comunicación de resultados
- D.- Componente de Diseño de instrumentos de recolección de datos

### **A. Componente Organizativo**

- Incorporación de BPS o personal voluntario de la comunidad, para tener capacidad de contar con una persona cada dos manzanas, cuarenta viviendas como promedio o cada doscientas personas.
- Inclusión de BPS o voluntarios de la comunidad tomando en cuenta los siguientes requisitos:
  - a. Residentes de la comunidad en los últimos cinco años, o desde que la comunidad existe.
  - b. Escolaridad de primaria incompleta ( mayor del tercer grado).
  - c. Mayor de 18 años.
  - d. Prestigio personal. Sin antecedentes de deshonestidad o de conflictos con los pobladores de la comunidad.
  - e. Vinculados a las acciones comunitarias en el area de la salud.
- Constitución de un comité de salud en las dos comunidades intervenidas, integrado por todos los BPS involucrados en la intervención; el comité debe contar con un coordinador, que debe ser electo por consenso y cumplir con todos los criterios de selección del personal comunitario. El comité constituye la instancia fundamental del desarrollo de la intervención.
- Integración de un equipo de trabajo integrado por el director del puesto médico, el promotor de salud comunitario, el representante del estudio-trabajo y el coordinador del comité de salud, para la coordinación de las actividades.
- El funcionamiento de un local de referencia, dónde se realicen los encuentros, se lleven los datos, mapas, tablas y todo lo necesario para la intervención.
- La supervisión para el llenado de los datos y en el desarrollo de los mecanismos de captación activa o pasiva de los datos de salud comunitarios.

## **B. Componente de capacitación**

- Utilización de metodologías participativas, lenguaje accesible para la comunidad y técnicas de educación informal.
- Los miembros de equipo coordinador de la investigación tuvieron la responsabilidad de ser facilitadores del proceso con el propósito de contribuir a la formación de los miembros de la comunidad.
- El respeto al tiempo disponible de los BPS, organizando los horarios discutiendo y concertando los contenidos de la capacitación por acuerdo entre los integrantes del grupo de trabajo.
- La capacitación a los miembros de la comunidad incorporados a la intervención, al menos en los siguientes temas:
  - a. Objetivos y características generales de la intervención.
  - b. Comunidad y Participación comunitaria.
  - c. Características del Sistema de Información de Salud.
  - d. Situación de salud de la comunidad.
  - e. Selección de los parámetros de medición, mecanismos y frecuencia de recolección de datos de salud
  - f. Diseño y manejo de instrumentos de recolección de datos
  - g. Técnicas de procesamiento y análisis de datos (manejo de paquetes Word Star y Nanostat).
  - h. Comunicación de resultados a la comunidad.

## **C. Componente de comunicación de resultados**

- La organización de un proceso para la incorporación gradual de la comunidad, que facilite la comunicación horizontal acerca de los resultados de la intervención.
- La utilización de los siguientes mecanismos para la comunicación de resultados:
  - \* Mini-asambleas con personas que apoyen el trabajo que realizan los BPS.
  - \* Charlas en el Puesto Médico (P/M), de la misma manera que lo hacen los estudiantes de Medicina.
  - \* Conversatorios con informantes claves.
  - \* Elaboración de murales en locales más visitados en la comunidad.
  - \* Entrega de un Informe Resumen, casa por casa.
- Comunicación sobre los resultados de la intervención al Director del MDA-MINSA, a los directores de los P/M involucrados, a la Alcaldía Municipal y al Programa Estudio-Trabajo de la Universidad.

## D. Componente del diseño de instrumentos de recolección de datos

- Se diseñaron dos tipos de instrumentos, uno para realizar la medición de base (Libreta de Bhopal) (anexo 3A) y otro para realizar la medición sistemática (anexo 3B). El instrumento para la medición de base, además de contener todos los datos de la medición sistemática, a fin de ir comparando los resultados obtenidos, incorpora datos demográficos para tener una información exacta acerca de la cantidad de personas existentes en el Reparto, ya que todos los registros actuales son diferentes ( Alcaldía, MINSA y Movimiento Comunal ).
- Se utilizó además la metodología del mapa de riesgo, que fueron elaborados por los BPS, que permitió ubicar con determinada simbología los eventos ocurridos en la comunidad y brindar una información epidemiológica más accesible al trabajo comunitario en salud.

### 2.3 Implementación de la estrategia.

La implementación de la estrategia estuvo condicionada por ciertos factores limitantes de la PCS (Tabla # 1), y en particular por no haber logrado una adecuada correspondencia entre los componentes definidos y la realidad.

**2.3.1. Organización:** Se definió promover la incorporación de personal de la comunidad a fin de contar con un BPS cada 30-40 viviendas, sin tomar en cuenta el contexto de crisis socioeconómica y los factores que desestiman actualmente la PCS. Durante el período de recolección de los datos la mayor parte de BPS debían atender diversas responsabilidades de tipo familiar, de estudios o laboral, incluso durante ciertos períodos debían trasladarse de domicilio que repercutía negativamente en la captación de datos. Se inició con 14 BPS (10 en el B.Zeledón y 4 en el Primero de Mayo), a mediados del proceso se creció a 20 BPS (10 en cada comunidad) y se concluyó con 13 BPS (10 en el B.Zeledón y 3 en el 1o de Mayo). Las causas del decrecimiento fueron por traslado de domicilio, estudio, embarazo, razones laborales y por conflictos internos de la comunidad. La desproporción entre el número de brigadistas involucrados y la cantidad de casas asignadas, la falta de sistematicidad en la supervisión, el no involucramiento de informantes claves en la recolección de datos y la no elaboración de una tarjeta domiciliar, constituyeron entre otros, aspectos importantes, que afectaron la cobertura de los registros comunitarios.

El comité de salud en cada reparto formado con los BPS incorporados a la investigación, tuvo a lo interno un coordinador, sin embargo en la práctica tanto el promotor del movimiento comunal, como el coordinador de la investigación, asumían un rol más protagónico, sustituyendo al coordinador designado por la comunidad. A nivel de puestos médicos, en un inicio fue difícil contar con una coordinación estable con el responsable del 1o de Mayo, siendo su integración más tardía; en cambio en el Benjamín Zeledón, aunque hubo una mayor apoyo del responsable, enfrentó problemas de salud, que afectaron la regularidad del proceso.

**2.3.2. Capacitación:** Constituyó uno de los aspectos más relevantes en el proceso de implementación de la estrategia, por el carácter participativo entre los BPS y el equipo coordinador de la investigación. En las diferentes etapas fueron utilizadas técnicas y metodologías participativas, siendo las más importantes la discusión en grupos, lluvia de ideas, talleres y visitas domiciliarias. Gracias a esta metodología se logró cumplir no solo con el programa de capacitación previsto, sino que contribuyó a desarrollar con una mayor eficacia otros componentes de la estrategia. Este proceso fue facilitado, debido a la prioridad que el Movimiento Comunal de León concede al aspecto de la capacitación, existiendo un programa básico de doce temas de Salud Comunitaria que reciben los brigadistas, constituyendo éste componente un aspecto esencial de la estrategia de consolidación del movimiento de BPS.

**2.3.3. Diseño de instrumentos de recolección de datos:** Fueron elaborados diversos instrumentos de acuerdo a lo establecido en el diseño de éste componente, sin embargo la calidad y cobertura de la captación de datos comunitarios estuvo afectada en lo fundamental por la irregularidad en la supervisión del equipo coordinador: (Movimiento Comunal, MINSA y Universidad), que aunque funcionó de manera estable con el representante de la comunidad, fue en menor medida con el MINSA y tardíamente con la Universidad debido a la reorganización del programa Estudio-Trabajo. Por otro lado no se utilizaron todos los mecanismos disponibles para la recolección de datos, por dificultades en cuanto al tiempo disponible para realizar la intervención, no contar con personal a tiempo completo, por lo que los BPS únicamente realizaron visitas domiciliarias, lo que no permitió potenciar el rol de los informantes claves.

**2.3.4. Comunicación de resultados:** Se realizaron asambleas con padres de familia de las escuelas existentes en las comunidades intervenidas, charlas con las madres asistentes a recibir atención a las unidades de salud, se elaboraron murales y se distribuyó en todas las viviendas un "informe resumen" sobre los resultados más importantes encontrados en el estudio. Este componente fue organizado e implementado en su totalidad por los BPS, lo que permitió construir y entregar el "paquete" de comunicación en un lenguaje accesible, fortaleciendo de forma importante el liderazgo de los representantes de la comunidad.

### 3. Cambios en el registro de datos atribuibles a la intervención.

#### Resultados de la encuesta domiciliar para obtener la línea de base.

El índice personas por vivienda global fue de 6, con ligeras diferencias entre las diferentes comunidades. La prevalencia lápsica de diarrea fue más elevada en "La Providencia" con 54% y más baja en "El Calvarito" con un 25%. La Tasa de fertilidad únicamente fue más elevada en "La Providencia", con un 29%, observándose un comportamiento de un 22% en forma homogénea en el resto de comunidades. La tasa de embarazos tuvo su valor más alto en "El Calvarito" con un 11% y el más bajo en el "Benjamín Zeledón" con un 7%. La tasa bruta de mortalidad tuvo un registro más alto fue en "La Providencia" con un 7 x 1000, siendo el más bajo de 5.3 x 1000, en "El Calvarito" y "B.Zeledón" (anexo # 6).

#### Contraste entre el registro de datos en los puestos médicos de comunidades intervenidas y no intervenidas.

El registro de la tasa de fertilidad fue más elevado en "Benjamín Zeledón" (comunidad intervenida) con 89 x 1000, en relación a "La Providencia" (comunidad testigo); sin embargo "El Calvarito" (comunidad testigo) tuvo un registro más alto, 109 x 1000, en relación a "Primero de Mayo". La tasa de embarazos fue similar en todos los puestos médicos (6%), a excepción de "El Calvarito" (comunidad testigo) que registró un 13%. La prevalencia lápsica de diarrea fue más elevada en las dos comunidades intervenidas (16 y 53 %), en relación a las comunidades testigo (13 y 19% respectivamente). Globalmente los registros del puesto médico de "El Calvarito" fueron los más altos, exceptuando el registro de diarrea en el "Primero de Mayo" (Ver anexo # 7).

#### Contraste entre el registro de datos comunitario y el del sistema de salud.

Los registros de la tasa de fertilidad fueron más elevados en los puestos médicos que a nivel comunitario, éstos últimos en el "Benjamín Zeledón" fueron de 38 x 1000, y en "Primero de Mayo" de 53 x 1000. El registro de la tasa de embarazos fue más elevado a nivel comunitario en el "Benjamín Zeledón", con un 9%, en relación al puesto médico; aunque en el "Primero de Mayo" fue ligeramente menor con un 4%. El registro sobre la prevalencia lápsica de diarrea fue mayor en los puestos médicos, 30% en "Primero de Mayo" y 15% en "Benjamín Zeledón". En síntesis, a excepción del registro comunitario de embarazo en el "Benjamín Zeledón", los registros de los puestos médicos del sistema de salud fueron más elevados (anexo # 8).

#### Resultados de la encuesta domiciliar de cierre.

Durante la medición final el registro comunitario sobre la prevalencia lápsica de diarrea fue de 23% y 14% respectivamente en los repartos "B. Zeledón" y "Primero de Mayo". El registro de la tasa de fertilidad fue de 11% y 14% en los mismos repartos.

El registro de la tasa bruta de mortalidad fue de 1 x 1000 y 1.6 x 1000 respectivamente. En general todos los registros son inferiores a los obtenidos en marzo (anexos 6 y 9).

#### **4. Tipificación del subregistro**

##### **4.1. Cobertura de los puestos médicos.**

Al revisar la cobertura en los puestos médicos se encontró que la cobertura de la diarrea en menores de un año en los puestos médicos antes de la intervención, solamente en Benjamín Zeledón fue inferior al 50%; durante la intervención ningún puesto médico tuvo una cobertura superior al 50%; y posterior a la intervención, siempre el B.Zeledón mantuvo una cobertura inferior al 50%, mientras que el Primero de Mayo alcanzaba un 70%. La cobertura de embarazos fue inferior al 50% únicamente en el B.Zeledón en las mediciones realizadas durante la intervención, en los otros puestos y en diferentes períodos la cobertura fue superior al 50%/. La cobertura de nacimientos únicamente fue inferior al 50% en el B.Zeledón, tanto durante la intervención como en la medición realizada posteriormente. De acuerdo a estos resultados tipificamos al puesto médico de B.Zeledón como de baja cobertura y al Primero de Mayo de cobertura media. Los resultados específicos en cada P/M en los diferentes momentos de la intervención se muestran en el anexo #10.

##### **4.2. Alternativas de atención**

En los casos de diarrea que no son atendidos en el puesto médico se privilegia el domicilio como el lugar más frecuentemente utilizado para manejar el problema, que podría interpretarse como diarrea de baja severidad o sin complicaciones; sin embargo en los casos de embarazo el 50% en Primero de Mayo no acuden a ningún centro asistencial, institucional o privado, para recibir atención, lo que en definitiva incrementa los riesgos de complicaciones atribuibles al período gestacional; la situación es más acentuada en los niños menores de un año que en más del 50% en ambos repartos no reciben ningún tipo de atención médica, lo que afecta sensiblemente la posibilidad de influir en el crecimiento y desarrollo adecuado del niño (Ver anexo # 11).

##### **4.3. Causas de la inasistencia a los puestos médicos**

Al revisar las causas de inasistencia por diarrea, la baja severidad del cuadro diarreico es la explicación más frecuente, sobre todo en el B.Zeledón, considerada una comunidad de alta PCS y con mayores niveles de educación sanitaria; en el Primero de Mayo las necesidades económicas de la familia aparecen en primer lugar como causa de inasistencia, en ambos casos no se atribuyen las causas a factores asociados a los servicios de salud.

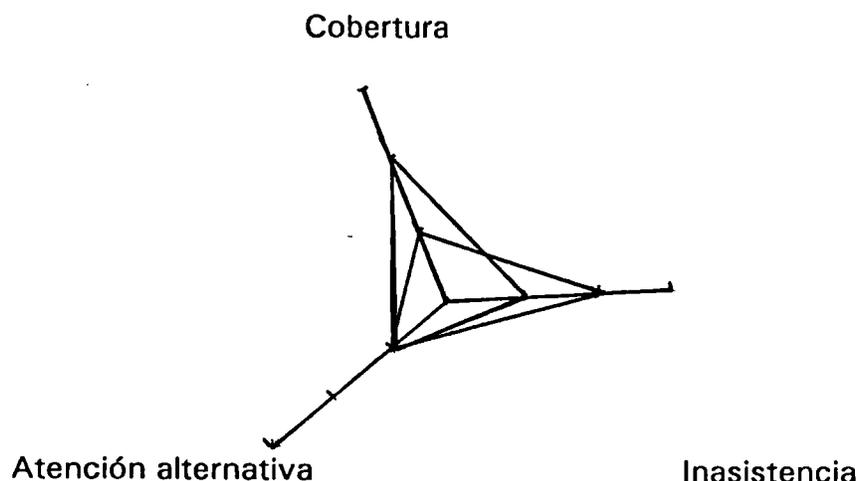
En las embarazadas que no asisten a los puestos médicos, un poco más del 20% de las causas son atribuibles a los servicios de salud, con mayor énfasis en el Primero de Mayo; un 20% no asiste por razones de tipo laboral y un significativo 49% lo hace por razones de tipo cultural y educativo, sobre todo en el Primero de Mayo. La inasistencia atribuible a los servicios de salud en los inasistentes al control del menor de un año es de un 31%, con mayor relevancia en el Primero de Mayo, un 25% es por razones económicas y un 31% por factores culturales y educativos (Ver anexo # 12).

#### 4.4. Aplicación del modelo de tipificación.

Al revisar la Cobertura, encontramos que en el "Benjamín Zeledón", antes, durante y posterior a la intervención fue inferior al 50% (rango 1). Las Alternativas de atención a embarazadas y menores de un año, inferiores o iguales al 50% sin reciben ningún tipo de atención médica, constituyen una baja tipificación (rango 1). En relación a las Causas de inasistencia, el Benjamín Zeledón tiene una tipificación media (46%), predominando las atribuibles al servicio de salud (rango 2). En el "Primero de Mayo" la Cobertura antes y posterior a la intervención fue superior al 50% (rango 2), las Alternativas de atención cercanas al 50% (rango 1), mientras que las Causas de inasistencia, encontramos que las necesidades económicas aparecen en primer lugar, sin atribuirse a factores asociados a los servicios de salud (rango 1).

En conclusión, al aplicar el modelo de tipificación, encontramos que el P/M "Benjamín Zeledón", tiene una baja cobertura, baja alternativa de atención e inasistencia media. Mientras que el P/M "Primero de Mayo", tiene una cobertura media, con una baja atención alternativa e inasistencia (Diagrama 2).

Diagrama 2: Tipificación del subregistro



## VIII. DISCUSION

El elemento central del estudio consistió en medir cambios en el registro de datos de salud, en comunidades con diferentes niveles de PCS, a través de un proceso de intervención comunitaria. Los resultados encontrados son analizados a la luz de las siguientes interrogantes:

**Qué diferencias podrían atribuirse a la implementación de estrategias de intervención comunitaria, en el incremento de la captación de datos, en comunidades con diferentes niveles de PCS ?.**

El contraste de los registros de los puestos médicos en las comunidades intervenidas y las comunidades testigo, mostró resultados aparentemente contradictorios con la lógica de la intervención (anexo 7): Los datos de diarrea en menores de un año fueron más altos en los puestos médicos donde se realizó la intervención; los registros sobre fertilidad aunque fueron más altos en el P/M de "alta participación", fueron más bajos que la comunidad testigo en el grupo de "baja participación"; finalmente los datos de embarazo fueron iguales en el puesto de "alta PCS" en relación a la comunidad testigo, y más altos en la comunidad testigo en el grupo de "baja PCS.

Los datos de mortalidad merecen un comentario particular, al no ser parte del contraste realizado, ya que las unidades de salud no registran la mortalidad; incluso la extensión de los certificados de defunción es una responsabilidad de los Centros de Salud de acuerdo a la regionalización de los servicios existente en el MDA (20), y en ciertos casos se tiene que recurrir directamente al Hospital "Oscar D Rosales", para conocer los registros de mortalidad; esta situación priva a las unidades de salud periféricas de la red de servicios de la oportunidad de contar con información valiosa sobre las tendencias de la mortalidad en su espacio-población correspondiente.

Los resultados en el registro de datos de diarreas, embarazos y nacimientos no muestran una diferencia importante entre las comunidades intervenidas con relación a las comunidades testigo, a excepción de los registros de diarrea, e incluso fueron mucho más altos en las comunidades testigo calificados como de baja PCS.

En la discusión sostenida con los BPS, promotores del Movimiento Comunal y médicos de los puestos de salud involucrados en la intervención, se plantearon una serie de aspectos relacionados con los resultados encontrados: Si bien es cierto que la intervención incorporaba en necesidad de asistir al puesto médico a recibir atención, en esta decisión intervienen otros factores que no logramos controlar con el diseño empleado en el estudio como son: calidad de atención del puesto médico, accesibilidad económica a otros proveedores de atención, deficiencias en el registro de datos y severidad de los casos que requerían atención médica.

La infraestructura de los P/M de Primero de Mayo, El Calvarito e incluso La Providencia, es mucho mejor que la de Benjamín Zeledón; en los dos primeros puestos cada programa es visto por un personal diferente, incluyendo médicos, en cambio los dos últimos cuentan con un sólo médico y un personal de enfermería. Además durante el período de la intervención el puesto del Benjamín Zeledón fue atendido por diversos médicos, e incluso en varias oportunidades estuvo cerrado, ésta inestabilidad en la atención y la deficiente infraestructura de la unidad, influye negativamente en la percepción del usuario, disminuyendo la calidad de la atención y por ende la demanda hacia el servicio de salud (37). La demanda de atención médica también está condicionada por la accesibilidad económica de los pacientes (38) y la severidad del problema de salud, habitualmente la madre de un niño menor de un año con o sin diarrea, acude al servicio de salud, cuándo se presentan señales de alarma o si el niño presenta algún problema que no puede ser manejado en el hogar (39); de igual forma la asistencia de embarazadas al CPN, está influida además de la calidad de atención y acceso a los servicios, por la presencia de señales de alarma, sobre todo si se trata de una madre multigesta.

El registro de datos en los puestos médicos de Primero de Mayo y El Calvarito se facilita ya que cuentan con personal de estadística que se dedica a clasificar y ordenar los registros, en cambio en Benjamín Zeledón y La Providencia, el personal de enfermería realiza esta función además de las tareas propias del servicio, lo que contribuye a la pérdida de datos, clasificación y ordenamiento inadecuados, es decir una menor confiabilidad en los registros, esta falta de coherencia interna en los diferentes niveles de la red de servicios, había sido evidenciada en estudios anteriores (32).

Además en el contexto de la intervención no existen comunidades con diferencias importantes en los niveles de PCS (diagrama 1), por lo que las diferencias esperadas posiblemente requieran de un período de estudio mucho mayor, a fin de generar cambios en el registro de los parámetros de salud.

Estos diferentes factores, están presentes en mayor o menor grado en la red explicativa del problema, que a nuestro juicio intervinieron en los resultados encontrados; requiriéndose no solamente un diseño más apropiado que controle éstos factores, sino de un período de tiempo más prolongado, para evidenciar cambios en el registro de datos atribuibles a la intervención.

El contraste entre la cobertura de los registros comunitarios en relación a los del servicio de salud, muestra que en general el registro institucional es más alto que el comunitario, independientemente del nivel de PCS existente. (Ver anexo # 8). La variabilidad de estos resultados fue discutida con los BPS y el personal involucrado en la intervención, evidenciándose algunas dificultades señaladas en la implementación de la intervención, que podrían haber contribuido a explicar lo sucedido: La relación BPS y número de casas a visitar, no permitió tener acceso a todos los eventos de salud, situación más acentuada en el Primero de Mayo, debido al mayor número de habitantes y la mayor dispersión en la topografía y ordenamiento territorial de la unidad habitacional.

La irregularidad en los BPS involucrados en la intervención, la insuficiencia en la supervisión por el equipo de coordinación, la reducción a la visita domiciliar como mecanismo de captación de datos y las dificultades operacionales del instrumento de recolección, aparecen como los principales factores que dificultaron la captación de datos a nivel comunitario.

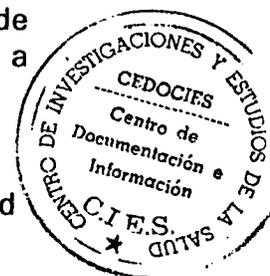
Finalmente es importante apreciar que la tasa de fertilidad y tasa bruta de mortalidad son un poco más altas en el Primero de Mayo, tipificado a priori como de "baja PCS", en relación a los registros del B.Zeledón, tipificado como de "alta PCS", de acuerdo a los resultados de la encuesta poblacional de agosto (anexo # 9); lo que indica que el comportamiento de ciertos eventos de salud no están directamente relacionado con los niveles de PCS existentes en una comunidad, además que existen factores, como la calidad de atención médica, la educación sanitaria y la accesibilidad económica, entre otros, que influyen en la participación en salud, y que no fueron controlados en el diseño empleado en el estudio.

En síntesis, no podemos afirmar que la intervención desarrollada en esta experiencia produjo cambios importantes en el registro de datos de salud; sin duda alguna hay una importante cantidad de factores que influyen en los niveles de PCS, en el acceso de los usuarios al servicio de salud y en el registro de los datos en un sistema de información sanitario, que no fueron controlados en el diseño empleado en la realización del estudio. Los autores que han estudiado el impacto de la PCS en intervenciones comunitarias (28,30,40-42), han señalado la complejidad de este componente, la dificultad de medir el impacto en intervenciones de corta duración, y por ende la necesidad de realizar estudios que contribuyan a la validación de modelos existentes, y a la concreción de los planteamientos teóricos reiterados en las declaraciones oficiales, a la realidad local de la comunidad (43). Esta primera aproximación al tema en nuestro país con sus logros e insuficiencias constituye el principal aporte del estudio.

### **? Cuáles son los niveles de PCS en las comunidades seleccionadas ?.**

Esta interrogante abordada con la dificultad inicial de no contar con el suficiente desarrollo instrumental y metodológico sobre la medición de la PCS, generó la necesidad de adaptar el modelo diseñado entre 1983 y 1988 por Agudelo y Rifkin (44-45), que a pesar de constituir todavía una propuesta empírica y no contar con un soporte teórico consistente, ha sido reportado en dos países (46-47), y aunque han surgido nuevas propuestas (48), constituye el instrumento de medición de la PCS más validado y con mayores posibilidades de ser adaptado a las condiciones locales (49).

El proceso de caracterización, generó en primera instancia un valioso intercambio de comunicación horizontal con los BPS, que fortaleció la viabilidad política y práctica de la intervención al brindar mayor confianza en que éste proceso contribuiría a fortalecer el poder de los representantes comunitarios y por ende la participación democrática de la comunidad.



En relación al modelo desarrollado en el estudio, ejes como el de **Conceptualización y Antecedentes de la PCS**, no aparecen descritos por otros autores que han desarrollado propuestas en este sentido (44-45), sin embargo los estudios de casos que OPS ha desarrollado en varios países latinoamericanos (50-51) han insistido en su importancia. La incorporación de estos ejes está sustentada en la necesidad de promover el desarrollo de un manejo conceptual que supere el enfoque tradicional de utilización-colaboración actualmente hegemónico. Por otro lado la sistematicidad en la historia de participación en una comunidad constituye un eje que permite avanzar progresivamente desde el desarrollo de acciones espontáneas hasta niveles tales como el autocuidado de la salud. Sin embargo estas necesidades no solo obedecen a un problema del desarrollo de las prácticas de PCS, sino a la búsqueda de modelos más ajustados a las condiciones y características locales.

En relación al **Manejo Conceptual**, resulta claramente identificable la hegemonía del enfoque de *colaboración*, coincidiendo con los resultados de estudios realizados entre 1984 y 1992 por varios autores (22, 50-51). Es importante señalar que en este eje no existen diferencias entre las comunidades involucradas en el estudio, o sea que es independiente de los niveles de PCS existente en las comunidades estudiadas. Este enfoque también es hegemónico entre las autoridades municipales del Movimiento Comunal y del Ministerio de Salud, que a pesar de los planteamientos oficiales sobre la incorporación de la PCS en la planificación y programación local (52), no significa necesariamente la apropiación de un marco conceptual coherente aunque existan políticas y se desarrollen determinadas prácticas de PCS.

Los **Antecedentes** en la historia de la PCS, o sistematicidad en el sostenimiento de acciones comunitarias resultó un eje claramente identificable entre las comunidades en estudio, coincidiendo con la percepción de autoridades de salud y brigadistas de las comunidades en estudio, confirmando lo desarrollado en estudios anteriores (50-51), en el sentido que entre más constante es la historia de participación de la comunidad, hay un mayor desarrollo de la PCS. Podemos notar que las comunidades con una mayor participación tienen varios años de PCS de forma sostenida, asumiendo con prioridad el desarrollo de acciones de salud. En cambio las comunidades con menores niveles de PCS presentan una historia reciente o interrumpida de sistematicidad en la participación. Hay que aclarar que conceptualmente existen diferencias entre antigüedad de una comunidad con antecedentes de PCS de una comunidad.

En cuanto la **Organización**, de acuerdo a los rangos establecidos en el modelo, hay correspondencia con la percepción de los informantes claves acerca de los niveles de participación; es decir que las comunidades de "alta PCS" tienen una organización más estable, diferentes modalidades de comunicación horizontal y vertical, una convocatoria promedio de un 10% de la población adulta existente en el sector, mecanismos desarrollados por iniciativas de los representantes de la comunidad y que responden a necesidades compartidas entre la comunidad y los servicios de salud.

En cambio tanto en las comunidades de "baja PCS", como en el nivel municipal existe una organización más inestable, menor convocatoria y que habitualmente responde a necesidades de los servicios de salud. Estos resultados coinciden con el estudio desarrollado en 1992(22) y con las experiencias reportadas por Bjaras y Haglund en Sollentuna (Suecia) en 1991 (46), y Laleman y Annys en Muñoz (Filipinas) en 1992 (47), donde los rangos del eje *Organización*, oscilaban entre 1.5, a pequeña y restringida.

El eje *Contenidos*, permite observar un qué hacer bastante homogéneo entre las comunidades, en lo referente a capacitación, proyectos de desarrollo higiénico-sanitario y acondicionamiento de las instalaciones sanitarias con apoyo de la cooperación externa, elemento vital en el financiamiento y sostenimiento de las acciones comunitarias en el nivel municipal. Esta relativa dependencia del apoyo externo, es un elemento que ha sido reportado en otras experiencias (22) y que puede contribuir sustancialmente al desarrollo de la PCS si está en función de las necesidades de la comunidad.

El Liderazgo en las comunidades en estudio está ejercido por el BPS, que organizadamente o no, constituye el eslabón fundamental a lo interno de la comunidad, como entre ésta y organizaciones o agentes externos. Su composición no varió entre las comunidades incluidas en el estudio, notándose una importante integración femenina, tal y como se ha reportado en los estudios de casos de OPS (50-51). Es importante destacar que en otras experiencias(53), los problemas referidos al liderazgo constituyen factores que influyen de forma importante en los bajos niveles de PCS, no ocurriendo así en nuestro estudio donde los problemas del desarrollo de la PCS no son en esencia por falta de liderazgo, sino de una naturaleza más contextual, confirmando los resultados del estudio realizado en 1992(22).

Solamente en una comunidad (El Calvarito) se evidenciaron mecanismos estructurados de elección o consulta de quienes se propongan voluntariamente para funcionar como BPS, influyendo quizás en este aspecto el estilo organizacional adoptado por el Movimiento Comunal de León, en el que existe una estructura de promotores profesionales, promotores no profesionales, líderes y brigadistas, donde el escalón inferior es generalmente designado por el superior, sin existir necesariamente la consulta con la población, que ante el impacto de la crisis socio-económica no ve muy atractivo su integración al trabajo comunitario en salud. El elemento que diferenció a una comunidad con diferentes niveles de participación, lo constituyó el número de BPS. Sin embargo durante el desarrollo del estudio, aunque se incrementó la comunicación con la población, no se incrementó el número de brigadistas, manteniéndose la tendencia encontrada a nivel del municipio, de crecimiento cualitativo y no cuantitativo del movimiento de brigadistas, reportada en 1992(22).

Al aplicar el modelo de caracterización de los niveles de PCS (Anexo 2), llama la atención que no se aprecia una diferencia tan categórica entre comunidades consideradas de antemano como de alta y baja PCS, por la percepción de autoridades y líderes de salud del municipio.

De manera que las diferencias existentes entre los niveles de PCS son mucho menores en la realidad (Diagrama 1). Podemos concluir que aunque es útil la percepción de informantes claves y otras formas de medición de naturaleza cualitativa, ésta debe combinarse con modelos más integradores y objetivos, acerca de la realidad, independiente del poco desarrollo instrumental existente. Futuras intervenciones deben diseñarse posterior a la medición de los niveles de la PCS.

Los resultados encontrados al aplicar el modelo en ejes como el de *Manejo Conceptual, Antecedentes, Organización y Contenidos*, muestran una determinada correspondencia con estudios anteriores (22, 46-47, 50-51), en cambio el eje del *Liderazgo* no constituye un problema relevante en el municipio de León, a pesar del bajo crecimiento cuantitativo y el poco desarrollo del proceso democratizador del movimiento de BPS, lo que es explicado según nuestra experiencia por el estilo organizacional y la influencia del Movimiento Comunal del municipio.

En síntesis, encontramos en relación al modelo de medición de la PCS, que independientemente de su aplicabilidad, coherencia con la realidad, similitud con resultados anteriores (21-22) y relativa coincidencia con la percepción de informantes claves sobre el comportamiento de la PCS, no mostró la existencia de diferencias importantes entre las cuatro comunidades involucradas en el estudio, de tal manera que en la práctica la intervención fue realizada entre comunidades bastante homogéneas en cuanto sus niveles de PCS.

Posiblemente se requiera un mayor desarrollo de experiencias de medición de este componente, una mayor validación de los instrumentos utilizados y una discusión más exhaustiva acerca de los fundamentos teóricos del modelo utilizado en el estudio.

**? Qué tipo de estrategia debemos implementar para incrementar el registro de datos de salud en comunidades con diferentes niveles de PCS?**

Uno de los aspectos más complejos en la adecuación e implementación de la estrategia lo constituyó partir de la convicción de construirla, adecuarla e implementarla con una participación activa de la comunidad (54-55), sin descuidar las premisas, experiencias y criterios generales utilizados en otras experiencias (13,56), enfatizando en el "enseñar, estimulando el compartir conocimientos, habilidades, experiencias e ideas" (57).

Al identificar, seleccionar e incorporar parámetros, relacionadas con problemas concretos que la comunidad enfrenta de forma cotidiana: embarazos, nacimientos, diarreas y en menor medida defunciones, resultó indispensable utilizar métodos, técnicas e instrumentos cuali-cuantitativos, a fin de potenciar la capacidad de aprendizaje acumulada por los representantes de la comunidad (58-60); acompañando de forma sistemática a los BPS en todas y cada una de las actividades desarrolladas en la intervención.

Esto permitió una mayor apropiación de los componentes de la estrategia, surgidos desde la propia comunidad, respetando al máximo las formas tradicionales de organización y capacitación que el Movimiento Comunal ha venido desarrollando en las comunidades en estudio. Sin embargo los factores restrictivos de la PCS (Tabla # 1), fueron evidentes al implementar el componente **Organizativo**, ya que el tiempo requerido para desarrollar la intervención era mucho mayor que el programado para ejecutarla, *sobrevalorando la capacidad real del Movimiento Comunal* para aplicar en un corto período las estrategias diseñadas. Futuras experiencias deben tomar en consideración la dificultad para realizar intervenciones comunitarias en períodos relativamente cortos.

Los contenidos del componente **Capacitación**, aspectos sumamente importantes en el desarrollo del estudio, fueron desarrollados a partir de conceptualizar la capacitación, "como un proceso que promueve cambios conceptuales, comportamientos y actitudes frente a la salud-enfermedad, el uso de los servicios, y el reforzamiento de conductas positivas" (59). Es importante subrayar que este proceso fue facilitado, debido a la prioridad que el Movimiento Comunal de León concede al aspecto de la capacitación, constituyendo este componente un aspecto esencial de la estrategia de consolidación del movimiento de BPS(22).

El diseño de la **Comunicación de resultados** en un programa de salud constituye un principio reiterado sobremanera en el actual contexto, al grado de afirmarse que "el bienestar de las poblaciones depende en gran medida de la diseminación de información de la salud" (Mensaje del director de OPS, Febrero 1990). Sin embargo este elemento es por lo general insuficiente, aún en metodologías que lo incorporan habitualmente (61). En nuestra experiencia, aunque fue diseñado como parte de la estrategia, requería para su implementación de un proceso mucho más complejo, en función del tiempo y disponibilidad de BPS. Por otro lado la disponibilidad de datos de naturaleza heterogénea, deberían ser dirigidos a diferentes auditorios, sin embargo únicamente se logró estructurar un "paquete", con un mensaje global a los integrantes de la familia, sin lograr medir el impacto del mensaje en la asistencia a los programas de salud involucrados. Esta insuficiencia en la estructuración de la estrategia debe retomarse para experiencias similares. En relación a los canales de comunicación utilizados destacamos el papel de la escuela, donde existe una mayor posibilidad de comunicarse con las madres o personas a cargo del cuidado de los hijos, ya que cada día se hace más difícil convocar a la población a las asambleas comunitarias.

El **Diseño de instrumentos** constituye uno de los aspectos de orden práctico más útiles del estudio. A partir de la vasta experiencia existente en los procesos de medición de la mortalidad infantil y prevalencia de eventos de salud, fueron sistematizaron aspectos como el poder de la respuesta, sesgo de memoria, validación y confiabilidad de los instrumentos (62-63).

Es necesario para futuras experiencias realizar ajustes al instrumento de recolección de datos empleado para la medición sistemática, ya sea utilizando una tarjeta domiciliar o familiar donde se lleven registros individuales de los eventos de salud, en lugar de la tarjeta utilizada en el estudio, manejada de acuerdo a la organización por calles o etapas existentes en la comunidad, que aunque facilitó la recolección del evento al BPS, dificultó la rigurosidad de la vigilancia comunitaria en cada uno de los hogares.

Durante el proceso de implementación fue importante asumir lo que Pedersson señala como "distancia óptima", que se refiere a una conducta del o los investigadores en dejar claramente establecido ante los miembros de la comunidad los diferentes roles que se asumen en el desarrollo de una intervención (64), esto evitó crear falsas expectativas, o una relativa dependencia de los BPS con los profesionales participantes, de manera que se fue delimitando claramente los límites y responsabilidades específicas de los BPS en relación a los miembros del equipo coordinador de la investigación.

Otro elemento de interés lo constituyó el aspecto ético de la investigación durante los procesos de medición, es decir hasta que punto el proceso de intervención debe limitarse a la recolección de los datos, sin promover la asistencia a los programas ofertados por el puesto médico en la comunidad, a este respecto se concluyó que lo más importante era construir el instrumento de recolección de datos, de manera que estimule el pensamiento epidemiológico, es decir relacionar la ocurrencia del evento y la inasistencia a recibir atención médica, tal y como se ha desarrollado en experiencias similares (65), a fin de ir desarrollando la auto-responsabilidad en el cuidado de la salud.

Un fenómeno similar fue apareciendo en las llamadas comunidades testigo, que por los mecanismos de comunicación habituales del Movimiento Comunal, conocieron de la implementación de estrategias de intervención, lo que las motivó a incrementar mecanismos tradicionales de captación y referencia de niños y embarazadas a los puestos médicos, observándose el llamado efecto de Hawthorne (66), que en la práctica hizo que todas las comunidades fueran de intervención.

En síntesis debe subrayarse el rol de la capacitación, en la construcción de los componentes de la estrategia, con un proceso participativo, aunque esto último signifique el rediseño a posteriori de las mismas; afectaron al proceso la irregularidad en la implementación del componente organizativo de la estrategia, la sobreestimación de la capacidad del Movimiento Comunal y la insuficiencia en la validación de los instrumentos, que afectaron la cobertura y calidad del dato comunitario. Futuras experiencias deben tomar en cuenta el efecto de la intervención (sesgo de Hawthorne), los aspectos éticos y asumir una "distancia óptima", con el propósito de mejorar la validez de sus resultados.

La cuarta interrogante a ser respondida en el estudio fue: **¿ Qué factores tipifican el subregistro de casos captados en la comunidad que no demandan atención en las unidades de salud ?**, cuya resolución constituyó un reto y uno de los propósitos más significativos de nuestro estudio, tomando en consideración la baja disponibilidad tanto metodológica como instrumental, para la estimación del subregistro desde la perspectiva comunitaria, por tanto su medición en estudios de intervención comunitaria constituyó una primera aproximación y una contribución práctica para el abordaje de experiencias similares. Para ello se construyó un modelo que tomara como ejes la cobertura de los puestos médicos, las alternativas de atención y las causas de inasistencia al puesto médico, a fin de comparar la relación existente entre los niveles de PCS y la tipificación del subregistro (Anexo # 3).

Al revisar la **Cobertura de los puestos médicos** (anexo # 10), se encontró que durante la medición de Marzo, la cobertura global estimada en las cuatro comunidades fue de un 59%, con rangos que oscilaban entre 65% (Nacimientos), hasta un 52% (Diarreas). En la segunda medición, la cobertura estimada fue de un 50%, siendo la mayor cobertura en Embarazos (61%), y la menor en Diarreas (24%). En la última medición, la estimación de cobertura fue de un 58%, el mayor rango fue la cobertura de Nacimientos (65%), y el menor la de Diarreas (53%). En este resultado podrían influir otros factores señalados con anterioridad, como son la calidad de atención y el acceso económico, ambos factores determinados por la crisis del actual modelo de atención de salud, que no fueron controlados en el diseño del estudio.

Las **Alternativas de atención**, en el 80% de los casos que no acuden a recibir atención en los puestos médica, son atendidos en el domicilio; el 70% no reciben ningún tipo de atención, el 21% son atendidos en otras unidades asistenciales del MINSA; el 10% asisten donde médicos privados y solo un 3% son atendidos por curanderos (ver anexo # 11).

En relación a las **Causas de inasistencia**, la falta de educación sanitaria con un 28%, la poca severidad del cuadro con un 26% y la falta de tiempo debido a problemas laborales con un 21%, aparecen como las causas más relevantes de inasistencia en aquellos casos que no acudían a recibir atención a los puestos médicos (anexo # 12). Estudios aneteriores han señalado al respecto que la percepción de los usuarios sobre los servicios de atención de la salud, constituyen un importante indicador sobre la calidad de atención médica (60).

A partir de estas consideraciones ambos puestos médicos tipificados de bajo nivel en cuanto alternativas de atención que el sistema de salud ofrece a los usuarios que no reciben atención directa de los puestos de salud. Estos resultados son independientemente de los niveles de PCS existentes, existiendo de manera similar al problema anterior, factores que influyen en esta relación, tales como la calidad de atención y el acceso al servicio de salud .

El puesto médico Primero de Mayo con una tipificación baja (63%) en relación a las causas de inasistencia atribuible al modelo de atención de salud y la insuficiente educación sanitaria de la población. El Benjamín Zeledón con una tipificación media (46%) en relación a las mismas causas. Llama la atención que el mayor porcentaje debido a la insuficiente educación sanitaria es mayor en el Primero de Mayo, en cambio en el Benjamín Zeledón predominan las atribuibles al servicio de salud. En este último eje se aprecia una mayor correspondencia con los niveles de PCS existente en ambas comunidades. De manera que la percepción de los usuarios sobre la inasistencia al puesto médico está más relacionada que los ejes de cobertura o alternativas de atención a la PCS de las comunidades en estudio.

En conclusión, al aplicar el modelo de tipificación diseñado para el estudio, encontramos que el puesto médico "Benjamín Zeledón", con una baja cobertura, baja alternativa de atención e inasistencia media (Diagrama 2), posiblemente debido a condiciones relacionadas con la calidad de atención médica, accesibilidad, patrones de conducta sanitaria de los usuarios, entre otros efectos de la crisis del actual modelo de atención del MINSA. El puesto médico "Primero de Mayo", con una cobertura media, con una baja atención alternativa e inasistencia, tiene una mejor infraestructura de la instalación sanitaria y una oferta de servicios de mayor calidad.

Si bien es cierto que este modelo requiere de la construcción de un soporte teórico consistente y de una mayor validación interna, lo proponemos para su aplicación en futuras experiencias, aprovechando las ventajas que ofrece la definición inicial de sus ejes y rangos, a partir de esta primera aproximación al tema de la medición del subregistro con participación comunitaria.

## IX. CONCLUSIONES

1. No se observaron cambios importantes en el registro de datos, durante el período de implementación de la estrategia de intervención. Únicamente los datos de diarrea en los menores de un año fueron más altos en las comunidades intervenidas. Si asumimos que las diferentes comunidades no tenían diferencias importantes en relación a los niveles de PCS, posiblemente la intervención requería de un período de tiempo más prolongado a fin de detectar cambios en el registro de datos de salud. Además de la insuficiencia en la implementación de ciertos componentes de la estrategia, intervinieron otros factores, tales como la accesibilidad económica de los habitantes de la comunidad y las diferencias en la calidad de atención entre los puestos médicos, que no fueron controlados en el diseño del estudio, estos factores podrían explicar las diferencias encontradas, asumiendo su influencia en el acceso a los servicios de salud en el contexto de la realidad nicaragüense, independientemente de los niveles de PCS existentes.

2. Se determinaron los niveles de la Participación en Salud en las comunidades Benjamín Zeledón, Primero de Mayo, La Providencia y El Calvarito, utilizando un modelo que contiene cinco ejes: Manejo conceptual, Antecedentes, Organización, Contenidos y Liderazgo. El resultado global sugiere que no existen diferencias importantes en los niveles de PCS de las comunidades en estudio.

El manejo conceptual constituyó el eje menos desarrollado, predominando el enfoque de colaboración independientemente de los antecedentes de PCS existente. La organización es el único eje que muestra un comportamiento diferenciado entre comunidades con diferentes niveles de PCS de acuerdo a la percepción de informantes claves, mientras que el eje contenidos muestra un comportamiento semejante en todas las comunidades y el eje liderazgo muestra un desarrollo medio entre las comunidades en estudio. El modelo fue aplicado a través de encuestas y reunión de grupos focales y aunque la variabilidad en los resultados encontrados sugiere un mayor desarrollo y sistematicidad en su aplicación, mostró un adecuado grado de aplicabilidad por los brigadistas populares de salud, similitud con estudios anteriores y una relativa divergencia con la percepción previa de informantes claves. A pesar del poco desarrollo de los procesos de medición de la PCS, es necesario avanzar en la discusión acerca de los fundamentos teóricos de los modelos utilizados y una mayor validación de los instrumentos utilizados.

3. Se diseñaron componentes de la estrategia de intervención comunitarias de naturaleza organizativa, capacitación, diseño de instrumentos y de comunicación de resultados, interviniendo activamente los BPS, a través de la utilización de metodologías y técnicas educacionales participativas. El proceso de implementación de las estrategias evidenció insuficiencia en la supervisión, siendo la visita domiciliar el mecanismo más utilizado para la recolección de datos.

La desproporción entre el número de BPS y las casas a visitar, disminuyó la cobertura del registro comunitario, sumado a esto la rotación de los BPS debido a problemas sociolaborales y el no uso de una tarjeta familiar para la recolección de datos. La capacitación fue un aspecto sustantivo y de permanente motivación al personal involucrado en la intervención, en cambio la comunicación de resultados resultó insuficiente en cuanto al tiempo previsto, la direccionalidad en los mensajes, y la evaluación del impacto .

Fue importante no crear expectativas entre los BPS, delimitando claramente los límites del estudio y las responsabilidades de las personas involucradas en la intervención; en este sentido por aspectos de naturaleza ética, es fundamental desde la construcción de los instrumentos y en todo el proceso de la intervención, estimular el pensamiento epidemiológico, para ir fomentando la auto-responsabilidad en el cuidado de la salud. Por la cercanía geográfica y las formas de comunicación existentes en el Movimiento Comunal, resultó muy difícil controlar el efecto de "Hawthorne", lo que generó en la realidad realizar el estudio solamente con comunidades de intervención.

4. Se tipificó el subregistro utilizando los ejes: cobertura, alternativas de atención y causas de inasistencia a los puestos médicos. Utilizando este modelo, el puesto médico del Benjamín Zeledón aunque fue tipificado como de baja cobertura, tiene alternativas de atención y causas de inasistencia de tipo media. En cambio el puesto médico del Primero de Mayo, tiene una cobertura intermedia, pero las alternativas de atención y causas de inasistencia son de tipo bajo. En estos resultados influyen las diferencias en la infraestructura del puesto médico, calidad de atención y accesibilidad económica que inciden en la percepción del usuario que demanda atención en la red de servicios, requiriéndose estudios de naturaleza cualitativa, que permita verificar los resultados preliminares encontrados. Por la poca exploración de herramientas instrumentales y metodológicos acerca del subregistro, los resultados encontrados además de los ejes y rangos utilizados constituyen en una primera aproximación a la exploración del subregistro desde la perspectiva comunitaria.

## **X. RECOMENDACIONES**

1. Recomendamos incorporar la medición de la PCS, como componente del proceso de monitoreo y evaluación, en el ámbito de los SILAIS, así como de otras experiencias investigativas o intervenciones, que involucren la participación de la comunidad y otros actores es. El MDA de León podría darle continuidad a este tipo de experiencias, a fin de mejorar la validez de los instrumentos desarrollados en el estudio y tener más criterios para contribuir a fortalecer los ejes más débiles de la PCS. El MINSA debería incluir en sus programas de educación permanente el manejo metodológico y conceptual de la medición de la PCS, para avanzar en el desarrollo de este componente y llevar a la práctica las declaraciones oficiales reiteradas en las políticas oficiales del Ministerio de Salud.

2. Divulgar los resultados del estudio en los ámbitos académicos y asistenciales, a fin de incorporar a los proceso de intervención comunitaria que se realizan, los ajustes y correcciones necesarios, a las insuficiencias de diseño evidenciadas, así como tener en cuenta los aspectos de interés. Las universidades deberían promover la realización de investigaciones que sistematicen la experiencia instrumental y de comunicación de resultados, desarrollada en el estudio.

3. Elaborar planes de educación sanitaria sobre la importancia del Control Prenatal y de atención al menor de un año, potenciando las actividades de Estudio Trabajo, que la Universidad desarrolla actualmente. El Ministerio de Salud debería revisar el actual modelo de atención, a fin de disminuir aquellos factores que reducen el acceso de la población a las unidades de salud. El MDA de León debería revisar a la luz de esta experiencia la posibilidad de incorporar el registro comunitario en la medición de la mortalidad u otros eventos en el sistema de información de salud.

4. Continuar el proceso de validación del modelo de tipificación del subregistro, contrastando datos comunitarios con los del sistema de información del MINSA, de acuerdo a parámetros de salud establecidos por consenso.

## XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castellanos, P.L. *Perfil Socio Epidemiológico y escenarios cambiantes para las prácticas de salud en América Latina*. Marzo 1990. Reunión del Grupo Básico II. Salud UDUAL 91. Sto. Domingo.
2. PNUD, República de Nicaragua. *Perfil del desarrollo humano en Nicaragua*. 1992.
3. Ministerio de la Presidencia, República de Nicaragua. *Nicaragua: Mapa de Pobreza*. 1990.
4. Banco Mundial. *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud (Resumen)*. 1993.
5. Hernández C. *Participación comunitaria y el movimiento de Brigadistas de Salud en Nicaragua (Aportes para una reflexión)*. Nicaragua 1991. PRODERE/EDINFODOC/CIES.
6. Arosteguí J. *Participación en Salud en Nicaragua*. 1991. (Documento mimeografiado) OPS.
7. Urcuyo B, Cardoza J. *Modelo de gestión en salud*. Managua 1993, Movimiento Comunal Nicaragüense (Documento Mimeografiado).
8. Ministerio de Salud, República de Nicaragua. *La Participación para el fortalecimiento de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud*. 1992.
9. Castellanos, P.L. *Sistemas Nacionales de Vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar*. Mayo 1991. Organización Panamericana de la Salud.
10. Ministerio de Salud, República de Nicaragua. *Plan Maestro de Salud, 1991-1996*. 1991.
11. Curso Internacional de Planificación y Programación Local. CIES. *Sistemas de Información Sanitaria*. 1990, (29).
12. Salazar, M. *Sistemas de Información Gerencial en Centroamérica y Panamá*. 1990. CIPPLS. CIES. OPS
13. Rodrigues J, Goihman S. *Sistemas de Informacao para a gestao dos Sistemas Locais de Saude*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 109(5,6) 488-501. 1990.
14. Villacres N, Siu C. *Sistemas de Información (Revisión Bibliográfica)*. 1991. CIES.

15. Toruño A, Pecherski G, Samaja J. *La participación de los Organismos de Masas en las acciones del sector salud, en el Dpto de León, Nicaragua*. 1981. UNAN-León.
16. Buitrago Ma, Capote Mir R. *La Participación Popular en Atención Primaria en Salud*. 1985. UNAN- León.
17. Peña R. *Abdon Vega: Community Diagnosis as a tool implement intervention programmes for health and safety prevention and promotion at the local level*. 1991. Karolinska. Institutet, Department of Medicine, Sweden.
18. Ugalde A. *Ideological Dimensions Of Community Participation In Latin American Health Programs*. Science and Medicine. 21(1) 41-53, 1985.
19. Ministerio de Salud. República de Nicaragua. *Marco conceptual. Sistemas Locales de Atención Integral a la Salud*. Serie SILAIS. 1991 Managua.
20. Ministerio de Salud, Municipio Docente Asistencial de León. *Plan de Actividades Trienal 1992-1994*. 1992.
21. Valladares W, Amador R, Prado M. *Antecedentes y Progreso del Proceso de institucionalización del Municipio Docente Asistencial de León*. 1992. UNAN-OPS.
22. Soto B, Pérez R, Kuan J. *Diagnóstico del Sistema de Información en Salud en el Municipio Docente Asistencial de León*. 1991. CIES-AECI.
23. Pérez, R. *La Participación en el contexto de desarrollo de los SILAIS en el Municipio Docente Asistencial de León*. 1992. CIES-UNAN-OPS.
24. Gersenovic Myriam. *Ley Reporting: antecedentes históricos*. Reunión internacional de Ley Raporting, Querétaro, 1986 México.
25. Organización Panamericana de la Salud. *Salud para todos en el año 200. ESTRATEGIAS*. Publicación Oficial No 173 1991, p. 208-209.
26. Arosteguí J, Andersson N. *Primer coloquio internacional sobre Sitios Centinela*. 1993. UNICEF, CIET, UAG. 9-14 Noviembre 1993.
27. Andersson N. *Principios orientadores de medición de la salud*. CIET. Prioridades de Salud. Vol 1, No 2, 1990. p.2
28. Organización Panamericana de la Salud. *Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. La Participación*. HSD/SILOS-3,1990.
29. Paganini JM, Chorny Adolfo. *Los Sistemas Locales de Salud: Desafíos para la década de los 90*. Boletín de la Oficina Pamericana, 109(5,6) 1990 424-448.

30. De Roux G, Pedersen D, Pons P y Pracilio H. *Participación y Sistemas Locales de Salud*. Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica No. 519, 1991 28-49.
31. Lewis C y col. *El Sistema de Información en los SILOS. Propuesta para su desarrollo*. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica No 519, 220-240. 1992.
32. Pruñonoza Vicente y col. *Diagnóstico del Sistema Nicaragüense de Información (SISNICA)*. Managua 1992. AECI/OPS/MINSA/CIES.
33. Zeledón R. *Políticas de ajuste económico y participación en salud en Nicaragua*. Managua 1991. PRODERE/EDINFODOC/CIES.
34. Andersson N, De Kadt E. *Monitoreo de la Supervivencia y el Desarrollo Infantil*. 1984. Informe para UNICEF.
35. Ministerio de Salud, República de Nicaragua. *Situación Actual del Sistema de Información en Salud*. 1991. DINEI.
36. Gersenovic M. *Información Basada en la Comunidad. Métodos no convencionales*. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica No 519, 1992 241-246.
37. Donabedian A. *La Calidad de la atención médica: Un Modelo integrador*. 1989. La Prensa Médica Mexicana.
38. Hussein K y col. *Developing A Primary Health Care Management Information System That Supports The Pursuit Of Equity, Effectiveness And Affordability*. Science and Medicine. 1993 36(5) 585-596.
39. Kuan J, Pérez R. *Evaluación de la Calidad de la atención médica: La Recolección*. 1992 MINSA/CIES.
40. Christensen PB, Karlqvist. *Impacto de los promotores de salud en una zona de barrios pobres de Pucallpa, Perú*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 109(2) 1990 134-144.
41. Cervenskas J. *Organizándonos en torno a la comunidad*. Toronto 1984, pp 43-57. Consejo internacional para la educación de adultos.
42. Brannstrom I et al. *Local Health Planning and Intervention - the case of a Swedish Municipality*. 1988 Scand J Prim Health Care Suppl 1:57-64.
43. Fals Borda y col. *Investigación Participativa y praxis rural. Nuevos conceptos en educación y desarrollo*. 1981. Lima.

44. Agudelo C. *Participación Comunitaria en Salud. Conceptos y Criterios de Valoración*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 95(3) 1983 205-215.
45. Rifkin S, Muller F y Birchmann W. Primary Health Care: *On Measuring Participation*. Science and Medicine. 26(9) 1988 931-940.
46. Bjaras G, Haglund J.A y Rifkin S. *A new approach to community participation assessment*. Health Promotion International. 6(3) 1991 199-206.
47. Laleman G y Annys S. *Understanding participation: a health programme in the Philippines*. Research reports. 1992 251-256.
48. Fournier P, Potvin L y Goudreau M. *La Mesure De La Participation Communautaire*. Montreal, Juillet 1992 Conférence Annuelle des Etudes Africaines.
49. Valladares W, Peña R, Kuan J. *Diseño del monitoreo y evaluación, Programa UNI*. 1993 UNAN- León.
50. Organización Panamericana de la Salud. *Participación de la Comunidad en la Salud y el desarrollo en las Américas. Análisis de estudios de casos seleccionados*. 1984 Publicación Científica No. 473.
51. Organización Panamericana de la Salud. *Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. La Participación . Estudios de Casos*. 1990, HSD/SILOS-7.
52. Ministerio de Salud, Nicaragua. *La Participación en Salud*. 1992. Comisión SILAIS, Managua .
53. Bjaras G. *The need of leadership for motivation of participants in a community intervention programme*. Scandinavian Journal Medicine, 19(3) 1991 190-198.
54. Galvez-Tan J. *Estamos con el pueblo (Reflexiones de un trabajador popular en Asia)*. Prioridades de Salud: El CIET informa, 2(3)18-22, 1991 UAG, México.
55. Werner D. *Participación y responsabilidad de los trabajadores sanitarios de la comunidad: Una experiencia mexicana*. Prioridades de Salud: El CIET informa, 2(3)23-27, 1991 UAG, México.
56. Brannstrom I et al. *Towards a Framework for Outcome Assesment of Health Intervention: Conceptual and Methodological Considerations*. University of Umea, 1992 S-901 85 Umea, Sweden.
57. Werner D. *Dónde no hay doctor*. México, 1985 Editorial Pax-México.
58. Siu Carolina. *Métodos Etnográficos (Revisión documental)*. 1991 CIES.

59. Organización Panamericana de la Salud. Serie Paltex No 11. *Manual de técnicas para una estrategia de comunicación en salud.*
60. Griffiths, M. *La Investigación Cualitativa.* 1986 The Weaning Report, 12(86)
61. Andersson N, Arosteguí J. *El proceso llamado Sitios Centinela.* 1992 CIET, Acapulco.
62. Andersson, N. *Reflexiones sobre la realización de encuestas.* 1992 CIET.
63. Pascual-Salcedo, M. *Metodología y Consideraciones para la confección de cuestionarios.* 1991. CIES-AECI.
64. Good BJ, Delvechio MJ. *The Meaning of Symptoms: A cultural Hermeneutic Model for Clinical Practice.* The relevance of Science for Medicine, 1980 165-196.
65. Andersson N, Arosteguí J. *La experiencia de CentroAmérica y México en la descentralización de la planificación.* Prioridades de Salud:El CIET informa, 1(2)18-29. 1990 UAG, México.
66. Andersson N. *Criterios para la evaluación epidemiológica.* Prioridades de Salud:El CIET informa, 1(2)44-51. 1990 UAG, México.

## ANEXOS

1. Reflexiones y Experiencias
2. Instrumentos de medición de la Participación Comunitaria
3. Instrumentos de recolección de datos
4. Modelo de medición de la Participación Comunitaria
5. Modelo de medición del subregistro
6. Línea de base en comunidades intervenidas y comunidades testigo.
7. Contraste entre registro de datos entre comunidades intervenidas y comunidades no intervenidas.
8. Contraste entre registro de datos comunitario y datos del sistema de salud.
9. Medición final en comunidades intervenidas.
10. Cobertura de puestos médicos.
11. Alternativas de atención.
12. Causas de inasistencia a los puestos médicos.

## Anexo No 1

### PRINCIPALES REFLEXIONES Y EXPERIENCIAS .

1. El diseño de intervención comunitaria constituye una experiencia investigativa de una riqueza extraordinaria, ya que enfrenta al investigador a situaciones que se alejan del abordaje académico tradicional, tanto desde el punto de vista metodológico, como desde la óptica de los objetivos de la investigación.
2. En el aspecto metodológico, uno de los aspectos más complejos, fue el de diseñar las estrategias de intervención, como parte del proceso investigativo, es decir que aunque se definan previamente algunas premisas, su construcción constituye un resultado de la investigación, que conlleva a modificar algunos aspectos del diseño original. De tal manera que en la estructura del informe final, aunque se mencionan en el Diseño Metodológico, el diseño de las estrategias constituye un Resultado fundamental de la investigación.
3. Uno de los principales objetivos de la investigación constituía determinar los cambios en el registro de datos atribuibles a la intervención, sin embargo los resultados obtenidos son de una validez interna cuestionable, ya que en ellos incidieron una serie de factores sumamente difíciles de controlar y que no eran tan evidentes en el diseño original de la investigación: Los efectos de la calidad de la atención médica en los diferentes puestos, las dificultades para contar con los BPS necesarios para la cobertura de las comunidades intervenidas, la poca experiencia metodológica e instrumental existente, el impacto de la poca accesibilidad económica y la crisis del modelo de atención del MINSA, entre otros factores.
4. La necesidad de caracterizar los niveles de PCS, nos llevó a la búsqueda y adaptación de un modelo de medición de dichos niveles, de una naturaleza cuali-cuantitativa y que permitiera la interacción del equipo investigador y los BPS. La adaptación y aplicación del modelo de Susan Rifkin, utilizado actualmente en el programa UNI de la Universidad de León, constituye uno de los aportes más interesantes de nuestra investigación, que como ya lo mencionamos, requiere una mayor validación y discusión sobre sus fundamentos teóricos.
5. De igual manera, el modelo de medición y las características del subregistro que desarrollamos en el estudio, constituyen una primera aproximación a un problema toral del actual Sistema de Información, y por ende del modelo de atención y de gerencia del Sistema de Salud.
6. Desde el punto de vista del diseño de la investigación, cabe preguntarse si es posible hablar de comunidades de intervención y comunidades testigo, cuando desarrollamos intervenciones de esta naturaleza y enfrentamos el inevitable efecto de Hawthorne. Nuestra experiencia nos enseñó que en la práctica, trabajamos únicamente con comunidades intervenidas.

7. Desde el punto de vista ético, resulto sumamente difícil establecer las fronteras investigativas con las establecidas por la comunidad en el desarrollo de la intervención. Visitar una casa y preguntar si hay un niño con diarrea, si asiste al puesto médico, etc, constituye el aspecto de la medición académica, pero qué debemos hacer por ese niño?, qué tipo de manejo amerita?, etc. Son aspectos complejos de enfrentar, si no se cuenta con más recursos que el de la propia comunidad.

8. Finalmente, a nosotros nos fue difícil concluir el proceso investigativo, ya que aunque los objetivos académicos en este primer momento se habían cumplido, sentíamos la necesidad de proseguir para ahondar tanto en los resultados encontrados en el registro de datos, como en lo referente a las causas del subregistro. Sin embargo debimos detener el proceso, para realizar esta primera reflexión sobre nuestra experiencia, que nos permita volver con una mayor apropiación conceptual, metodológica e instrumental. Futuras investigaciones deben tener claridad de este aspecto, para saber cuando salir de la comunidad, sin que esto ocasione conflictos éticos o de otra naturaleza.



## Anexo No 2A

**MUNICIPIO DOCENTE ASISTENCIAL.  
LEON.**

**ENCUESTA A PERSONAL DE SALUD COMUNITARIOS PARA MEDIR  
NIVELES DE PARTICIPACION EXISTENTE.**

Salude, preséntese y explique los motivos de la entrevista.

Datos Generales:

Nombre de la comunidad: \_\_\_\_\_

# Viviendas: \_\_\_\_\_ # Familias: \_\_\_\_\_ .

Por favor, anote con una X la respuesta que considere correcta:

1. Desde hace cuánto tiempo se comenzaron a desarrollar acciones comunitarias con participación de la población o de instituciones?

- a. Menos de un año ( ).
- b. Entre 1 y 2 años ( ).
- c. Entre 2 y 5 años ( ).
- d. Más de 5 años ( ).

2. Durante el último año que tipo de acciones comunitarias han desarrollado ?

- a. Salud ( ).
- b. Educación ( ).
- c. Vivienda ( ).
- d. Otras ( ), diga cuáles: \_\_\_\_\_.

3. Qué tipo de organización existe para la comunicación entre los habitantes de la comunidad?

- a. Reuniones o asambleas periódicas (fijas) ( ).
- b. Reuniones o asambleas operativas (solo cuando es necesario) ( ).
- c. No existe ningún tipo de mecanismos de comunicación ( ).
- d. Existen otros mecanismos ( ). Diga cuáles: \_\_\_\_\_.

4. Cada cuánto se reúnen: \_\_\_\_\_.

5. Cuántas personas asisten regularmente: \_\_\_\_\_.

6. Quién o quiénes decidieron la existencia de éste tipo de organización ?:

\_\_\_\_\_.

7. Cuáles son los grupos o sectores que más asisten a las reuniones a.

Femeninas ( ).

b. Juveniles ( ).

c. Artísticos ( ).

d. Religiosos ( ).

e. Otros ( ). Especifique cuáles : \_\_\_\_\_.

8. Cómo valora ud el nivel de participación de la mujer en acciones de salud en la comunidad ?

- a. Muy bueno ( ).
- b. Bueno ( ).
- c. Regular ( ).
- d. Deficiente ( ).

9. Que tipo de personas ud conoce que trabajan en las acciones de salud en la comunidad ?. Ponga a la par el número que existe.

- a. Brigadistas ( ). No \_\_\_\_\_.
- b. Parteras ( ). No \_\_\_\_\_.
- c. Col Vol ( ). No \_\_\_\_\_.
- d. otros ( ). Especificquelos: \_\_\_\_\_ . No \_\_\_\_\_.

10. A las personas antes mencionadas las selecciona la comunidad ?

- a. Si ( ).
- b. No ( ). Quiénes los selecciona ? \_\_\_\_\_.

11. Como considera ud. el nivel de participación de la comunidad en acciones de salud ?

- a. Muy bueno ( ).
- b. Bueno ( ).
- c. Regular ( ).
- d. Deficiente ( ).

12. Que tipo de acciones cree ud debería realizar el Minsa para incentivar la participación de la comunidad en salud ?

- a. \_\_\_\_\_.
- b. \_\_\_\_\_.
- c. \_\_\_\_\_.

13. Qué grupos o instituciones deberían involucrarse para motivar la participación de la comunidad en salud?

Grupo o Institución	Acciones a desarrollar.
*****	*****

- a. \_\_\_\_\_
- b. \_\_\_\_\_
- c. \_\_\_\_\_

14. Cuáles cree son las dificultades existentes a lo interno de la comunidad para incrementar la participación en salud:

- a. \_\_\_\_\_
- b. \_\_\_\_\_
- c. \_\_\_\_\_

15. Que otros grupos u organizaciones o personas existen en la comunidad que quisieran trabajar en acciones de salud ?

a. \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_

16. Alguna sugerencia, comentario o crítica, que ud tenga en relación al tema de ésta encuesta?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

LE AGRADECEMOS SU COLABORACION.

## Anexo No 2B

**MUNICIPIO DOCENTE ASISTENCIAL LEON.**

Encuesta a directores de Puestos Médicos para medir los niveles de Participación existente en el Espacio/Población de U/S.

**Datos Generales del territorio:**

Nombre comunidad: \_\_\_\_\_ No Hab: \_\_\_\_\_.  
 No Viviendas: \_\_\_\_\_ No Familias: \_\_\_\_\_.

Señale con una "X" la opción que considere adecuada:

1. Cómo valora el cumplimiento de la política oficial del Minsa sobre la participación en salud de la comunidad en su territorio?

- a. Muy bueno ( ).
- b. Bueno ( ).
- c. Malo ( ).
- d. Deficiente ( ).

2. Qué factores considera dificultan la aplicación de ésta política?

---



---

3. Qué tipo de acciones considera debería realizar el Minsa para incrementar los niveles de participación en salud de la población?

---



---

4. Qué tipo de mecanismos tiene establecido en la U/S para la comunicación con la población para discutir asuntos de tipo sanitarios ?

---



---

5. Con que tipo de personas u organizaciones comunitarias coordina la realización de acciones sanitarias:

---



---

6. Qué tipo de servicios de salud y en que horario recibe la población ?

Servicio.

Horario.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

7. Cuáles son las quejas más frecuentes de la población con respecto a la atención de salud que reciben ?

---



---

8. Qué información maneja sobre la existencia de agentes de salud u organizaciones comunitarios ( brigadistas, parteras etc):

Agente de salud/Organizaciones.	Número.
---------------------------------	---------


9. Qué nivel de involucramiento considera debe tener la participación comunitaria en salud :

- a. Colaborar en acciones programadas por el Minsa ( ).
- b. Ser consultado sobre las decisiones del Minsa ( ).
- c. Ser parte activa de la planificación y toma de decisiones ( ).

10. Cuáles cree son las dificultades a lo interno de la población que dificultan el incremento de la participación en salud ?

---



---

11. Actualmente que tipo de participación en salud desarrolla la comunidad en el territorio:

---



---

12. Cómo valora el nivel de participación comunitaria en salud existente en el espacio/población de su territorio ?

- a. Muy bueno ( )
- b. Bueno ( ).
- c. Regular ( ).
- d. Deficiente ( ).

13. Alguna sugerencia, comentario o crítica, relacionada al tema de la encuesta:

---



---



---

AGRADECEMOS SU COLABORACION.

## Anexo No 3A

**Instrumento de recolección de datos  
(Encuesta en hogares)**

**MUNICIPIO DOCENTE ASISTENCIAL DE LEÓN.**

**BUENOS DIAS, SOMOS BRIGADISTAS DE  
SALUD Y ESTAMOS REALIZANDO UN  
REGISTRO DE DATOS DE LA COMUNIDAD.  
NO LE QUITAREMOS MUCHO TIEMPO. ME  
PERMITE HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS ?**

- 1. CUANTAS PERSONAS VIVEN EN ESTA CASA?**
  - 2. PODRIA DARNOS LA EDAD Y EL SEXO DE  
CADA PERSONA, EMPEZANDO POR EL (LA) MAS  
CHIQUITO(A)?**  
**( Si NO hay menores de un año pase a la  
pregunta 6)**
  - 3. ALGUNO DE LOS MENORES DE UN AÑO HA  
TENIDO DIARREA EN ESTE MES?**  
**(Si dice que NO pase a la pregunta 6)**
  - 4. PODRIA DECIRNOS DONDE ATENDIERON  
AL NIÑO ENFERMO DE DIARREA?**  
**(Si lo llevaron al C/S del Rpto.  
pase a la pregunta 6)**
  - 5. PODRIA DECIRNOS POR QUE NO LO LLEVO AL  
CENTRO DE SALUD?**
  - 6. ALGUNA MUCHACHA O SEÑORA ESTA  
EMBARAZADA ACTUALMENTE?**  
**(Si dice que NO pase a la pregunta 9)**
  - 7. EN QUE LUGAR LE LLEVAN EL CONTROL DE  
SU EMBARAZO?**  
**( Si la controlan en el C/S del Rpto.  
pase a la pregunta 9)**
  - 8. PODRIA DECIRNOS POR QUE NO HA  
ASISTIDO A CONTROLARSE AL CENTRO DE SALUD?**
  - 9. EN LO QUE VA DEL AÑO ALGUIEN HA  
NACIDO EN ESTA CASA?**  
**(Si dice que NO, pase a la pregunta 12)**
  - 10. EN QUE LUGAR LE LLEVAN EL CONTROL  
AL RECIEN NACIDO?**  
**( Si lo controlan en el C/S del Rpto  
pase a la pregunta 12)**
  - 11. POR QUE NO LO HAN LLEVADO A  
CONTROL AL CENTRO DE SALUD?**
  - 12. EN ESTE AÑO ALGUIEN HA FALLECIDO  
EN ESTA CASA?**  
**(Si dice que NO, despídase)**
  - 13. QUE EDAD TENIA?**
  - 14. DE QUE FALLECIO?**
- GRACIAS.**

## Anexo No 3B

**MOVIMIENTO COMUNAL DE LEON**  
(Instrumento sistemático de recolección de datos)

Comunidad: \_\_\_\_\_ Etapa/Calle: \_\_\_\_\_

Mes: \_\_\_\_\_ Quincena: \_\_\_\_\_

N/O CASA	NOMBRE Y APELLIDOS EDAD Y SEXO	EDA C/S ?	EMB. MES C/S ?	NAC PESO C/S?	DEF. CAUS A

Observaciones:

---



---

### Modelo de medición de los niveles de participación en salud

Indicadores/Rangos	Baja (1)	Intermedia (2)	Alta (3)
<p><b>1. Manejo Conceptual</b> [ Qué entiende por]</p> <p>Utilización-Colaboración Participación democrática.</p>	<p>Asistencia individual u organizada a los servicios de salud.</p>	<p>Integración individual u organizadamente para cumplir los programas institucionales de APS</p>	<p>Participación activa y democrática de la comunidad en el proceso de toma de decisiones que competen a la salud.</p>
<p><b>2. Contenidos</b> [ Qué acciones desarrollan]</p> <p>Impuestas-Compartidas- Autogestionarias</p>	<p>Responde a necesidades externas a la comunidad que no son compartidas por la comunidad.</p>	<p>Responde a necesidades externas, pero que son compartidas con las de la comunidad .</p>	<p>Responde a necesidades de la comunidad, apoyadas o no por organizaciones externas.</p>
<p><b>3. Organización</b> [ Cómo participan]</p> <p>Espontánea- Estructurada, inestable- Estructurada, estable.</p>	<p>Inexistente o eventual, habitualmente debida a instituciones/agencias externas a la comunidad</p>	<p>A través de individuos o grupos comunitarios, pero eventual e inestable</p>	<p>Estructurada y estable, a través de organizaciones surgidas en la comunidad.</p>
<p><b>4. Liderazgo</b> [ Quienes participan]</p> <p>Externo-Autonómo, Impuesto- Autónomo democrático.</p>	<p>Lo ejercen personas externas a la comunidad</p>	<p>Lo ejercen personas de la comunidad por designación de organizaciones externas</p>	<p>Surge de un proceso democrático a lo interno de la comunidad. Amplia participación femenina u otros sectores.</p>
<p><b>5. Antecedentes</b> [ Qué tan sistemática es]</p> <p>Menos de 3 años-Entre 3-5 años- Más de 5 años.</p>	<p>Realizan acciones comunitarias en salud de forma sistemática, tres o menos años antes de la intervención.</p>	<p>Realizan acciones comunitarias en salud de forma sistemática, entre tres y cinco años antes de la intervención.</p>	<p>Realizan acciones comunitarias en salud de forma sistemática, desde hace cinco o más años, antes de la intervención.</p>

## Modelo de tipificación del subregistro

Ejes/Rangos	Bajo (1)	Medio (2)	Alto (3)
<b>Cobertura</b>  Pob. atendida/ Pob. total ? Asistió al P/M?	Cobertura de los servicios inferior al 50%	Cobertura de los servicios entre el 50 y el 80%	Cobertura de los servicios superior al 80%
<b>Alternativas de atención</b>  ? Dónde recibe atención?	Más del 50% no tienen alternativas de atención	Entre el 50 y el 80% tienen alternativas de atención	Más del 80% tienen alternativas de atención
<b>Causas de inasistencia</b>  ? Por qué no asiste al P/M?	Más del 50% no acostumbran asistir a los servicios por causas educacionales o atribuibles a los servicios de salud.  Insatisfacción creciente de usuarios	Entre el 10 y 40% no acostumbran asistir a los servicios por causas educacionales o atribuibles a los servicios de salud.  Grado de insatisfacción importante de los usuarios	Menos del 10% no acostumbran asistir a los servicios por causas educacionales o atribuibles a los servicios de salud.  Satisfacción de usuarios por calidad de atención médica.

## Anexo # 6

## Línea de base en comunidades intervenidas y comunidades testigo

Parámetro/Reparto	B. Zeledón	Providencia	P. Mayo	Calvarito
Índice per/viv	6.4	6.4	5.8	5.9
Prevalencia lápsica (15 días) de EDA en < 1 año	30 x 100	54 x 100	26 x 100	25 x 100
Tasa de fertilidad Marzo 92- Marzo 93	23 x 100	29 x 100	22 x 100	22 x 100
Tasa de embarazos Marzo 92	7 x 100	8.6 x 100	10 x 100	11 x 100
Tasa bruta de mortalidad Marzo 92- Marzo 93	5.3 x 1000	7 x 1000	5.7 x 1000	5.3 x 1000

Fuente: Encuestas en población  
Marzo 1993

## Anexo # 7

Contraste entre el registro de datos en los puestos médicos de comunidades intervenidas y no intervenidas.

Comunidades/ Datos de Salud	Com. "Alta PCS"		Com. "Baja PCS"	
	<i>B. Zeledón (Intervenida)</i>	<i>Providencia (Testigo)</i>	<i>1o de Mayo (Intervenida)</i>	<i>Calvarito (Testigo)</i>
Tasa de fertilidad Abril-Julio 1993	9 x 100	4.5 x 100	7.6 x 100	10 x 100
Tasa de embarazos Abril-Julio 1993	6 x 100	6 x 100	6 x 100	13 x 100
Prevalencia lápsica (quince días) EDA < 1 año	16 x 100	13 x 100	53 x 100	19 x 100

Fuente: Registros de Puestos Médicos , Abril-Julio 1993.

## Anexo # 8

Contraste entre el registro de datos comunitario y el del sistema de salud.

Comunidades/ Eventos	"Benjamín Zeledón" ("Alta PCS")		"Primero de Mayo" ("Baja PCS")	
	Reg. Comunidad	Reg. P/M	Reg. Comunidad	Reg. P/M
Tasa de fertilidad Abril-Julio 1993	3.8 x 100	8.9 x 100	5.3 x 100	7.6 x 100
Tasa de embarazos Abril-Julio 1993	9 x 100	6 x 100	4 x 100	6 x 100
Prevalencia lápsica EDA < 1 año Abril-Julio 1993	15 x 100	16 x 100	30 x 100	53 x 100
Tasa bruta de mortalidad Abril-Julio 1993	4 x 1000	-	0.2 x 1000	-

Fuente: Registros de P/M "B.Zeledón" y "Primero de Mayo"  
Registros en población. Abril-Julio 1993.

## Anexo # 9

## Medición final en comunidades intervenidas

Parámetro/Reparto	B.Zeledón	P.Mayo
Índice per/viv	6.3	5.6
Prevalencia lápsica (quince días) EDA < 1 año	23 x 100	14 x 100
Tasa de fertilidad Enero- Agosto 1993	11 x 100	13.6 x 100
Tasa de embarazos Enero- Agosto 1993	9 x 100	9 x 100
Tasa bruta de mortalidad Enero- Agosto 1993	1 x 1000	1.6 x 1000

Fuente: Encuestas en población  
Agosto 1993

## Anexo # 10

## Cobertura de los puestos médicos.

/ P/M.	Cobertura(1)				Cobertura (2)		Cobertura(3)	
	BZ	Prov	Mayo	Calv	BZ	Mayo	BZ	Mayo
EDA'S	88%	29%	65%	75%	10%	27%	40%	60%
EMB	59%	42%	55%	60%	74%	47%	57%	55%
NAC	80%	66%	52%	71%	3/14 21%	65%	46%	70%

Fuente:(1) Encuesta en hogares, Marzo 1993

(2) Registros comunitarios, Abril-Julio 1993

(3) Encuesta en hogares, Agosto 1993.

## Anexo # 11

## Alternativas de atención

Sitios\ Repartos	Benjamín Zeledón			Primero de Mayo			
	EDA	EMB	NAC	EDA	EMB	NAC	TOTAL
En Casa	78%	-	-	80%	-	-	80%
Otros centros MINSAs	22%	36%	7%	20%	26%	23%	21%
A ninguna parte, no ha ido, no la llevan	-	36%	86%	-	68%	68%	70%
Curandero	-	-	-	-	3%	-	3%
Médico privado	-	28%	7%	-	3%	-	10%

Fuente: Encuesta en hogares, Agosto 1993.

Anexo # 12

Causas de inasistencia a los puestos médicos

Causas/Repartos	Benjamín Zeledón			Primero de Mayo			TOTAL
	EDA	EMB	NAC	EDA	EMB	NAC	
No era grave, recibió atención casera, le dieron suero oral.	44%	-	-	10%	-	-	26%
Trabaja, no le queda lugar.	22%	14%	7%	20%	26%	27%	21%
No le gusta ir, no sabe porque no asiste, nunca lo ha hecho		21%	36%		32%	23%	28%
Muy dilatada la atención, nunca está la Dra, no tiene los papeles que piden		14%	14%	33%	12%	18%	13%
Tiene para pagar al médico privado y la atienden a la hora que llegue		14%	7%		-	14%	12%
No necesita ir, ha sido sano(a).		-	14%		-	4%	8%
No tiene con quien dejar a los niños.		-	7%		-		7%
Acude al Hospital		-	-		3%		3%
Tiene un amigo que es médico		7%	-		-		7%
Le dicen que es vagancia		-	-		3%		3%
Dejó de asistir.		-	-		3%		3%
Traslado de domicilio		-	7%				7%
No tiene con que pagar los exámenes o el medicamento				10%			10%
No Sabe, No Responde	33%	28%	7%	33%	15%	14%	18%

Fuente: Encuesta Domiciliar, Agosto 1993