

EPIDEMIOLOGIA Y PARTICIPACION

Herramientas y métodos, cuentos y propuestas de Epidemiología Comunitaria



Cecomet

Centro de epidemiología comunitaria y medicina tropical

Epidemiología y Participación

Herramientas y métodos, cuentos y propuestas de
Epidemiología comunitaria

Edición CECOMET 2001

Equipo Coordinador

Mónica Marquez (Cecomet)

Cinthya Caicedo (Cecomet)

Rosanna Prandi (Cecomet)

Asesores:

Gianni Tognoni (Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri - Milan - Italia) Mariella Anselmi (Fondazione Don Giovanni Calabria per lo studio delle malattie tropicali - Negrar - Verona - Italia)

ISBN:9978-41-833-4

Ediciones: Cecomet 2001

Esmeraldas - Ecuador

Dibujos: Juan Valverde, Tonino Clemente

Fotografía: Archivos Cecomet

Impresión:

El Chasqui Ediciones

Telf.: 290-4134

Auspicio

Ministerio de Relaciones Exteriores de Italia

MLAL (Movimiento Laicos para América Latina) - Quito

California E15-41 y de Las Madres - San Isidro del Inca

Telf.: 02-2406-387

02-3261-345

mlalecuador@gmail.com

La reproducción parcial o total de este libro para fines no comerciales es posible, previa autorización de los autores.

AUTORES

Promotores de salud y auxiliares de enfermería del Area de salud Borbón:

Heroína Arboleda
Manuel Ayoví
Sobeida Arroyo
Oberliza Caicedo
Gonzalo Medina
Ninfa Cortéz (+)
Amelia Preciado
Eliécer Caicedo
Santo Mina
Dominga Angulo
Adalín Valencia
Jorge Peralta
Délfida Midero (+)
María Corozo
Ramona Sabando
Lucrecia Palacios
Erenni Cuero
Blanca Vega
Estela Arroyo
Marcos Borja
Eladio Valdéz
Juliana Mina
Pastor Mercado
María Arroyo

Julio Valdéz
María Ayoví
Heriberto De la Cruz
Mártires Ortiz
Hernán Tapuyo
Luciano Díaz
Pedro Añapa
Andrés Añapa
Pedro Luis Añapa
Edgar Añapa
Feliza Caicedo
Juana Valencia
Alba Chumo
María Quiñonez
Lindon Corozo
Angel Añapa
Demetrio Tapuyo
Lucina Nazareno
Hilda guerrero
Elsa Arroyo
Magda Corozo
Neyda Mina
Angel Nazareno
Luis Antonio Añapa

Promotores de salud de la parroquia San Roque - San Salvador

Cecilia Elizabeth Orellana Saravia
Lilián Marisol Leiva de Callejas
Zoila América Domínguez
Ena Maritza Sorto
María Leonor Flores
Francisca Isaura Ayala
Ursula Consuelo Escobar
Ana Matilde Mejía Ruano
Sara Alvarenga
Herminia Osorio

Karla Lisette Rodríguez Domínguez
Maira Verónica López
María Rosario Lozano
Blanca Mirian Martínez Cisneros
Irene Palma
María Inés Barrillas Pineda
Ana Torres Rivas
Rosalina de Mármol
Carmen Landaverde

INDICE

| | |
|--|-----------|
| Presentación | 7 |
| Sección I: Desde la Epidemiología hacia la comunidad | 11 |
| Cap. 1: Raíces de la Epidemiología Comunitaria | 13 |
| Cap. 2: Por qué, cómo y para quién, un manual de epidemiología Comunitaria | 19 |
| Sección II: Experiencias vividas | 23 |
| Cap. 3: Epidemiología Comunitaria en una realidad rural. (Borbón - Ecuador) | 25 |
| Cap. 4: Epidemiología Comunitaria en una realidad urbana (San Salvador - El Salvador) | 57 |
| Sección III: Palabras clave de la Epidemiología Comunitaria | 79 |
| Cap. 5: El Diálogo | 81 |
| Cap. 6: Monitoreo y Seguimiento | 103 |
| Cap. 7: Historias de vida | 111 |
| Cap. 8: Medir y evaluar eventos: fracasos y éxitos. | 123 |
| Conclusiones: | 136 |

PRESENTACIÓN

Este manual tiene raíces lejanas, y lleva en si tantas memorias cuantas son las tierras, las personas, y las comunidades por las que ha atravesado a lo largo de tantos años. Ha sido escrito en tantas versiones diferentes cuantas han sido las experiencias de investigación de salud realizadas, personalmente o comunitariamente por promotores/as de salud, auxiliares de enfermería, personas de las comunidades, médicos/as, enfermeras/os.

Ha tenido una etapa intermedia en un texto que algunos "expertos" intentaron escribir para contar de manera ordenada, la historia de la intervención que trataba de poner en evidencia no sus propios conocimientos, sino la vida de la comunidad y el trabajo de promotores/as y auxiliares.

Ahora, finalmente, el manual toma la forma que debería haber tenido desde un comienzo: un texto de epidemiología comunitaria no es una colección de conocimientos y metodologías para hacer un trabajo comunitario al servicio de una comunidad, sino el cuento que una comunidad hace de sus propias esperanzas, anhelos, desilusiones y conquistas de salud.

Desde siempre, el indicador más seguro de la existencia y de la fuerza de una colectividad es su capacidad de "toma de la palabra". Este "signo de vida" es tanto más verdadero, valioso, cuanto más marginada es la comunidad respecto a las esferas oficiales.

De hecho, tomar la palabra significa tener y vivir una conciencia de derecho que ni se amedrenta ni se echa atrás porque muchos, que tal vez son la mayoría, no reconocen que las comunidades tienen algo que decir acerca de su propia salud que nadie más puede decir.

La epidemiología, disciplina que por su propia especificidad tiene la capacidad de contar la historia de salud-enfermedad de los pueblos,

se ha vuelto, paradójicamente, a lo largo de los años, una de las disciplinas más alejadas de la conciencia cotidiana de salud.

Las autoras y autores de este manual hacen la propuesta de poner en orden esta inversión de roles y prioridades: se adueñan del derecho de hablar en primera persona, sabiendo que dar este paso en el campo de la salud equivale a dar un paso similar en el terreno más grande del derecho a la autonomía en todos los aspectos de la vida. Dos son las cosas principales que caracterizan y son ejes de este manual.

1. Los conceptos, los gráficos, los dibujos, los casos, los números, los resultados positivos y negativos, las perspectivas, la definición y los instrumentos técnicos no son útiles escolares: nacieron despacio, tomando vuelo lentamente a partir de tantas historias de personas y de comunidades. Llevan en si el sabor, el cansancio - en - busca - de - descanso, la realidad concreta, la sobriedad, el sueño y al mismo tiempo el sentido de la limitación.
2. En el manual hay mucho conocimiento técnico - práctico, tanto que se lo puede verdaderamente considerar una guía operativa y conceptual confiable para hacer la epidemiología de las cosas esenciales y que sirva para tutelar-promover los derechos fundamentales de las personas. Sin embargo esta sabiduría-conocimiento técnico puede decir muy poco si no se lee teniendo presente, "escuchando", el eco del espíritu con que ha sido escrito el manual en sus diferentes versiones, antes en las comunidades y luego en estas páginas. Indisolublemente entrelazadas entre si se encuentran aquí la fatiga y alegría. Ambas son indispensables, como actitud de fondo y como maneras de mirar las cosas para descubrirlas, medirlas, comunicarlas.
 - A. **La fatiga:** es la realidad que tiene dificultad para cambiar, vuelve sobre si misma, propone día tras día la escasez de

recursos y la distancia entre lo que se quisiera y lo que se puede hacer; es la decepción en relación a los atrasos institucionales que son más certeros que muchas promesas; son las experiencias de la inestabilidad de cualquier conquista de salud que no se acompaña de un crecimiento de una democracia sustancial en la sociedad local y general; es la conciencia que el camino puede parecer siempre más largo que la capacidad y el entusiasmo de caminar.

- B. **La alegría:** es la alegría del saber que se hace comunicación y no separación; comunicación de las respuestas a las necesidades que se buscan juntos y se comparten, sin que caigan del cielo; comunicación de las historias de vida que se transforman, aún cuando son dramáticas y no tienen un final feliz, en redescubrimientos comunes de significado y en motivación para toma de mayor conciencia. Se necesita mucha alegría para hacer epidemiología comunitaria y ser epidemiólogos comunitarios: para comprender y no sólo medir; para vivir la vida de las comunidades que nos fueron confiadas y no sólo visitarlas; para tener la paciencia y la fidelidad de hacerse cargo de las historias de las personas y de los grupos y no sólo para realizar estudios e informes que a menudo se parecen a informes turísticos, económicos o jurídicos.

El manual ha sido construido, reunión tras reunión, en el dialogo y en la discusión: para encontrar la palabra y los ejemplos correctos que deben conservar en si el eco de la emoción de los lugares, de las personas y juntos garantizar la precisión suficiente para ser comprendidos, reproducidos, reinventados en las situaciones más diferentes.

Hay que estudiar el manual, en su lógica general y en sus detalles, hay que aprender los métodos que sugiere y los instrumentos que ofrece para que pueda transformarse en multiplicador y garante de una buena epidemiología de comunidad. Especialmente, para que no se

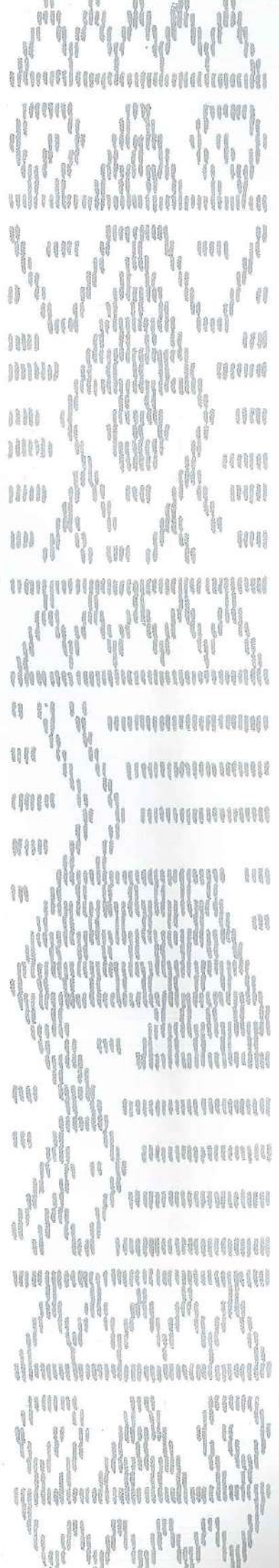
vuelva opaco e inútil (uno de los tantos textos que se producen en el mercado de la salud) aspira a ser vivido más que usado; vivido con la alegría y la perseverancia con las que ha sido preparado. Nos daremos cuenta así, promotores/promotoras, auxiliares, médicos, enfermeras, comunidad, que la epidemiología comunitaria produce conocimiento acompañando la vida y poniendo en ella sus raíces.

Gianni Tognoni

Sección

I

Desde la Epidemiología hacia
la comunidad



Capítulo 1

Raíces de la Epidemiología Comunitaria.

Qué es comunidad

La Comunidad es el término más importante y el centro de la "Epidemiología Comunitaria".

Todos normalmente, cuando hablamos de comunidad, entendemos que:

La comunidad es el lugar donde vivimos, es el territorio ancestral, donde un conjunto de personas compartimos creencias, costumbres, formas de vida que nos dan sentido de pertenencia a un pueblo y que nos ayudan a trabajar por un fin común.

En este tipo de comunidad:

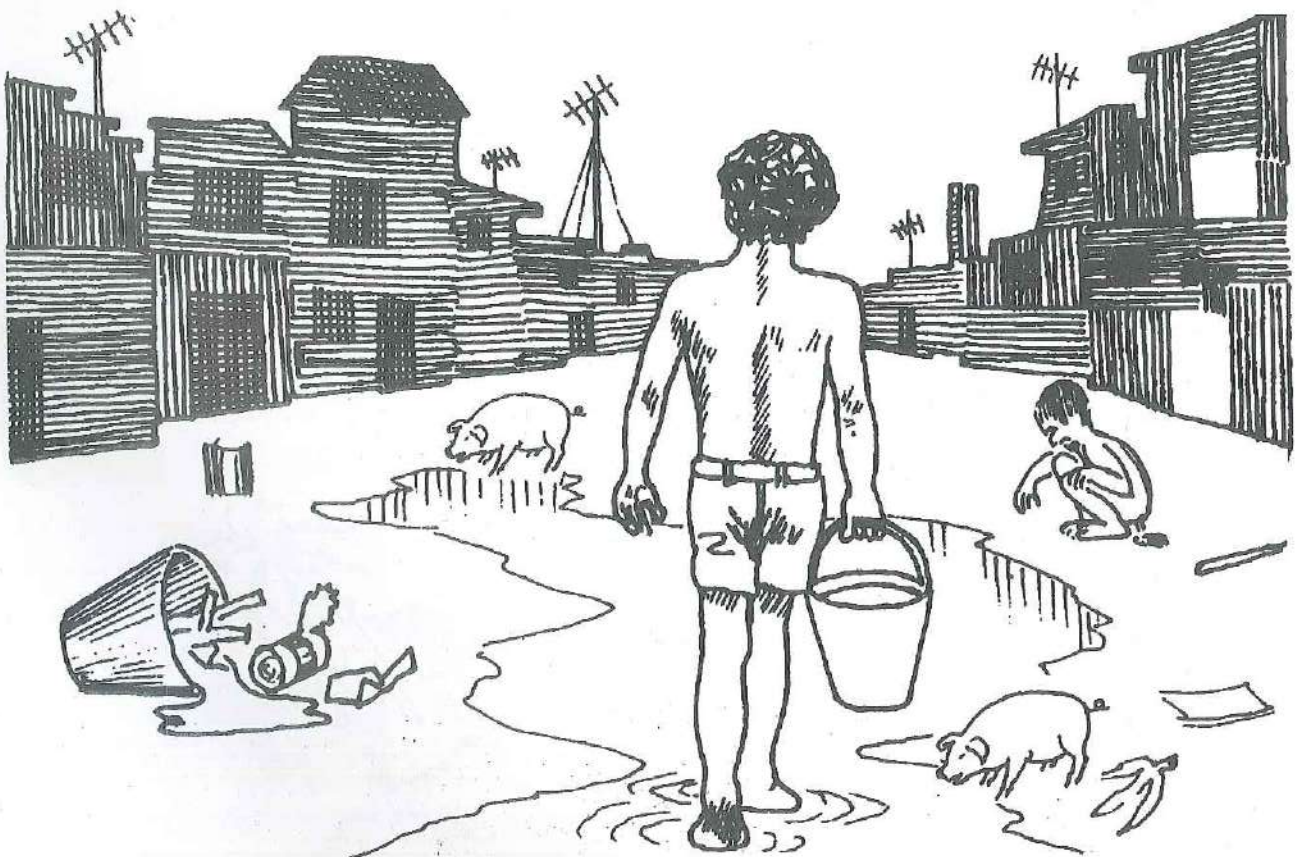
- Todos nos conocemos y hay lazos de parentesco y solidaridad;
- Compartimos las mismas condiciones de vida;
- Nos identificamos como grupo o pueblo por características culturales y de raza, ejemplo: "comunidades indígenas o negras".



En esta visión de comunidad no entrarían los grandes asentamientos humanos que se forman alrededor de las grandes ciudades porque allí:

- No hay una historia común
- No hay una sola identidad cultural sino culturas diferentes (negros, blancos, mestizos), de varias provincias del país que además se van perdiendo en el tiempo.
- La solidaridad tradicional, característica de las comunidades rurales, ha sido remplazada por el individualismo consecuencia de la lucha por la supervivencia.
- Lo único que hay en común son las dramáticas condiciones de vida.

Un ejemplo es la realidad urbana de El Salvador.



Pero el concepto de comunidad en la epidemiología comunitaria va más allá de la cultura e historia en común: abarca mas bien a todos los grupos que se reúnen alrededor de un proyecto que intenta transformar una realidad de marginación y enfermedad en una realidad de vida y salud a través de la participación.

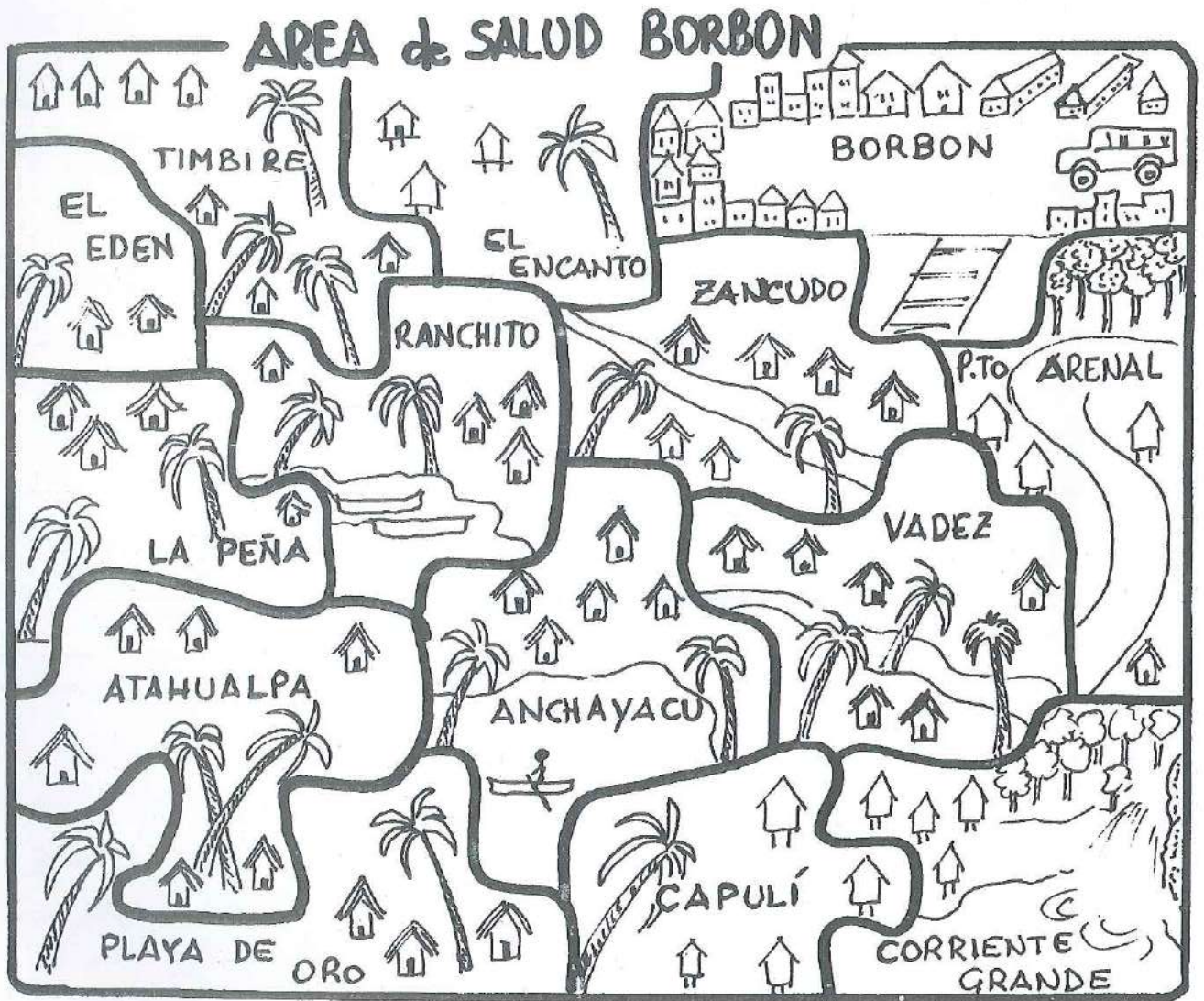
Entonces, en epidemiología comunitaria, cuando hablamos de "comunidad", entendemos "grupos que tienen un proyecto en común". Estos pueden ser:

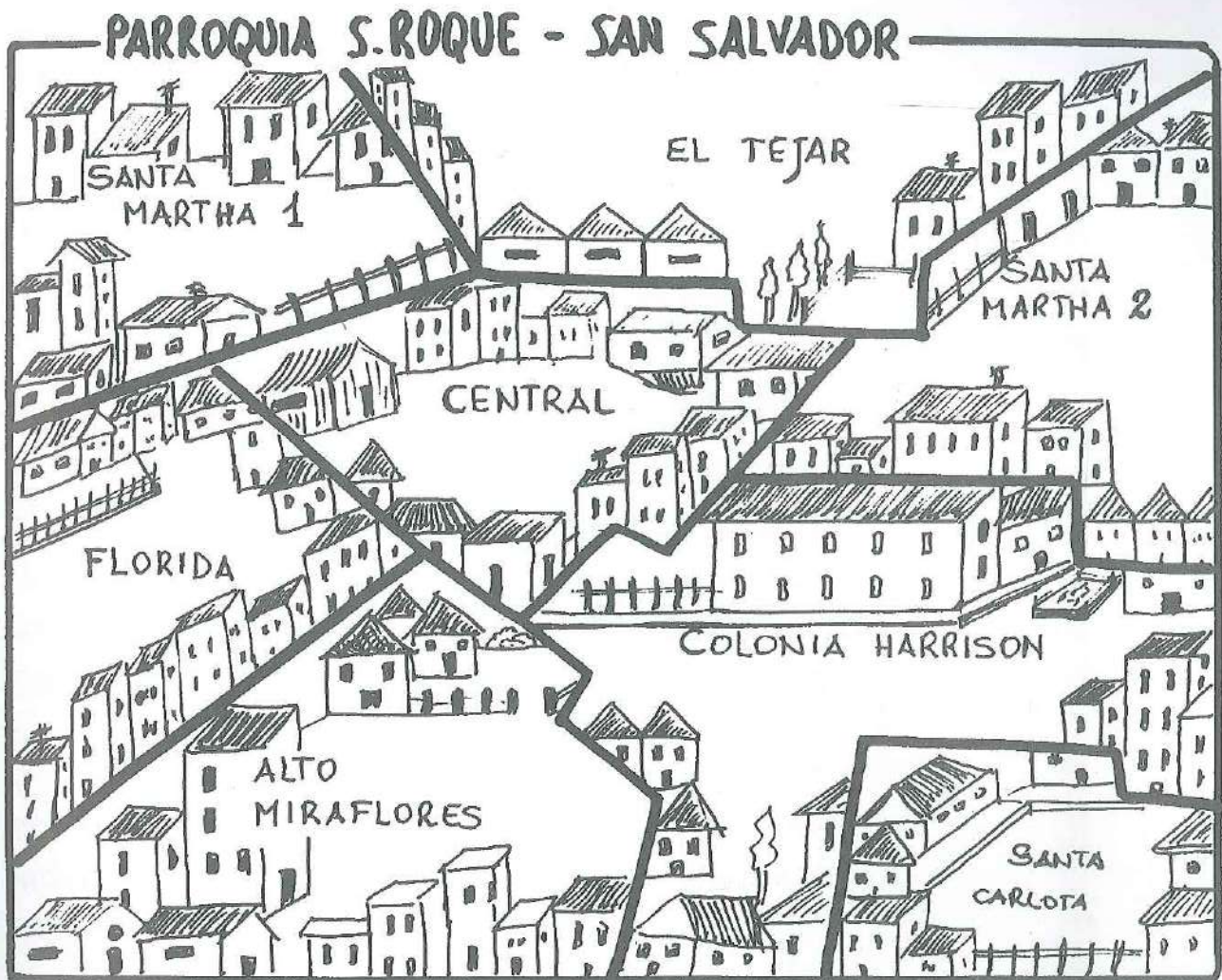
1. Grupos con características culturales comunes e historias ancestrales comunes (los negros, los indios, etc)
2. Grupos con identidades culturales diferentes o que viven en situación de perdida de identidad cultural (realidades marginales urbanas)

Entonces, lo que define "la comunidad" en epidemiología comunitaria, por encima de todo, es un objetivo en común y el compromiso de participar activamente y como protagonistas al mejoramiento de las condiciones de vida y salud.



Si bien es cierto que comunidad en este sentido abarca realidades pequeñas dentro de la sociedad, es también cierto que cada una de estas pequeñas comunidades constituyen las piezas de un rompecabeza mas grande donde las piezas individuales (pequeñas comunidades) se integran recíprocamente, sin perder sus características propias.





Para los que trabajamos en salud, "comunidad" es aquella parte de la población que queda bajo la responsabilidad de un equipo de salud, que no solamente la cuida y vela por ella, sino que la apoya para que se desarrolle y crezca en conocimientos y compromisos.

Es la unión entre la comunidad y el equipo de salud alrededor de un objetivo común que permite el desarrollo del proceso de cambio.

Si esta unión no se da, se rompe por alguna razón o no se considera "clave", no es posible la epidemiología comunitaria pero sobre todo no es posible la salud como indicador de democracia en la comunidad.

Raíces de la epidemiología comunitaria

Entonces la epidemiología comunitaria tiene sus raíces en este

concepto de comunidad y lo que intenta definir es la relación entre la vida de una comunidad y la presencia o ausencia de enfermedades y salud.

Por lo tanto estudia no tanto "la malaria" o "la hipertensión" en si, sino estudia las enfermedades dentro de una determinada realidad, que tiene sus propias características de clima, de población, cultura, costumbres.

La desnutrición siempre es desnutrición, pero la realidad de la desnutrición es diferente en Borbón, en los barrios de la parroquia San Roque en El Salvador o en cualquier otra parte. Diferentes son las causas, diferente la situación social y cultural: por lo tanto distintas serán las intervenciones para combatir la desnutrición en cada realidad.

La epidemiología comunitaria por lo tanto, analiza y estudia las enfermedades dentro de la realidad pero no solo para describir situaciones con características diferentes, sino para intervenir en forma apropiada, en cada realidad para cambiarla.

Y este proceso la epidemiología comunitaria lo hace no por encima o alrededor de comunidades o grupos, sino con estos mismos grupos para que las comunidades no sean "actores de un día" sino "coautores de siempre".

En este sentido la epidemiología comunitaria es un instrumento para asegurar a las personas el goce del conocimiento necesario que les permita resolver sus problemas, afirmar su identidad y garantizar sus derechos a la salud y a la vida.

Y el dialogo permanente entre comunidad y equipo de salud es el instrumento fundamental de este proceso.

Capítulo 2

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

Por qué

Hace unos tres años, como fruto de las experiencias vividas, se publicó el "Manual de Epidemiología Comunitaria." Se trata de un texto dirigido a profesionales de salud, a veces con un lenguaje medio difícil para promotores y comunidades.

Necesitábamos algo más cercano a nuestra forma de hablar y que todo el mundo pudiera entender. Por lo tanto era imprescindible escribir la historia pasada y presente en una forma sencilla.

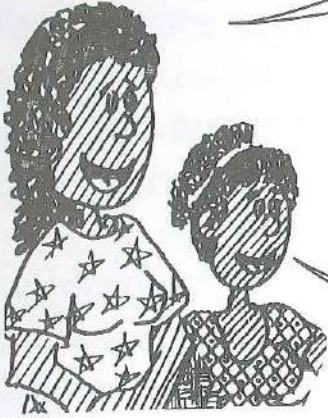
Nos reunimos un grupo de promotores de salud y auxiliares de enfermería de Borbón con algunos asesores y metimos mano a la obra.

Por qué quisimos este manual



• Porque es importante que se conozca el camino que hemos hecho y todo el mundo lo pueda ver.

• Porque los demás compañeros y los profesionales de la salud necesitan darse cuenta que la vida cotidiana de las comunidades, es el centro de todo el trabajo en salud.



• Porque queremos que se den cuenta, que “si se puede” traducir en conocimiento vivido, las experiencias de nosotros y las comunidades. Solo se necesita la decisión, la capacidad y la paciencia de acompañarnos desde adentro.

• Porque queremos que las autoridades de salud y organizaciones que toman decisiones de intervenciones por encima de nuestra realidad, entiendan que los cambios se dan solo si se toma en cuenta las características de cada realidad y si nos consideran a las comunidades como actores.

• Porque pensamos que sirva para caminar juntos, compartiendo experiencias buenas y malas con otras comunidades que intentan hacer lo mismo. Y puede ayudar a abrir nuevos caminos.

• Porque queremos buscar compañeros, dispuestos a acompañar a un número más grande de comunidades en el proceso de conocimiento-intervención para lograr el derecho a la salud y vida.



Qué es el manual

El manual recoge la experiencia y el conocimiento del camino recorrido por un grupo de comunidades, de nosotros los/as promotores/as de salud, auxiliares de enfermería, profesionales de salud, en dos contextos diferentes: en un área rural de la costa ecuatoriana (área de salud Borbón) y un área urbano-marginal de la ciudad de San Salvador (El Salvador). Es el cuento de nuestras historias, nuestras intervenciones con éxitos, fracasos e incertidumbres. Y a partir del cuento, el manual evidencia una metodología de trabajo, unas herramientas, unas palabras clave que han hecho posible la intervención.

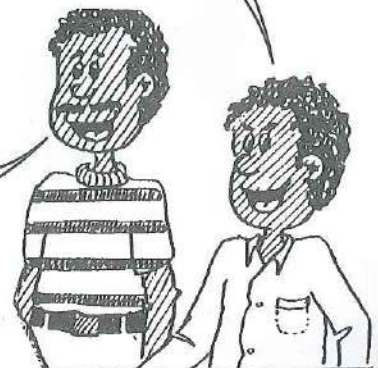
Para quién



En primer lugar para nosotros mismos y nuestras comunidades, para que nos ayude a corregir errores y nos anime a mantenernos firmes en el compromiso asumido y a seguir caminando.

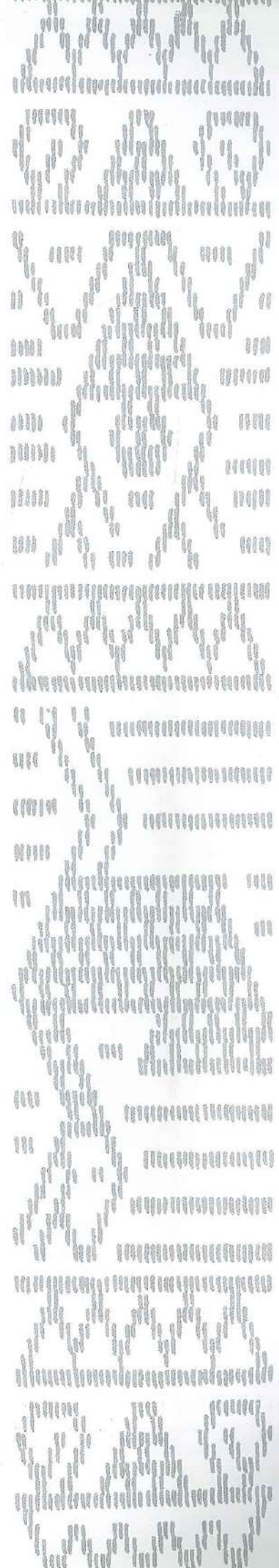
En segundo lugar para promotores de salud y auxiliares de enfermería que recién empiezan su trabajo, para que tengan una pista que les oriente.

Y por último para todas las personas involucradas con la vida y salud de las comunidades del campo o de la ciudad, con títulos y conocimientos diferentes, que tengan el afán de involucrarse en un proceso de cambio.



Sección II

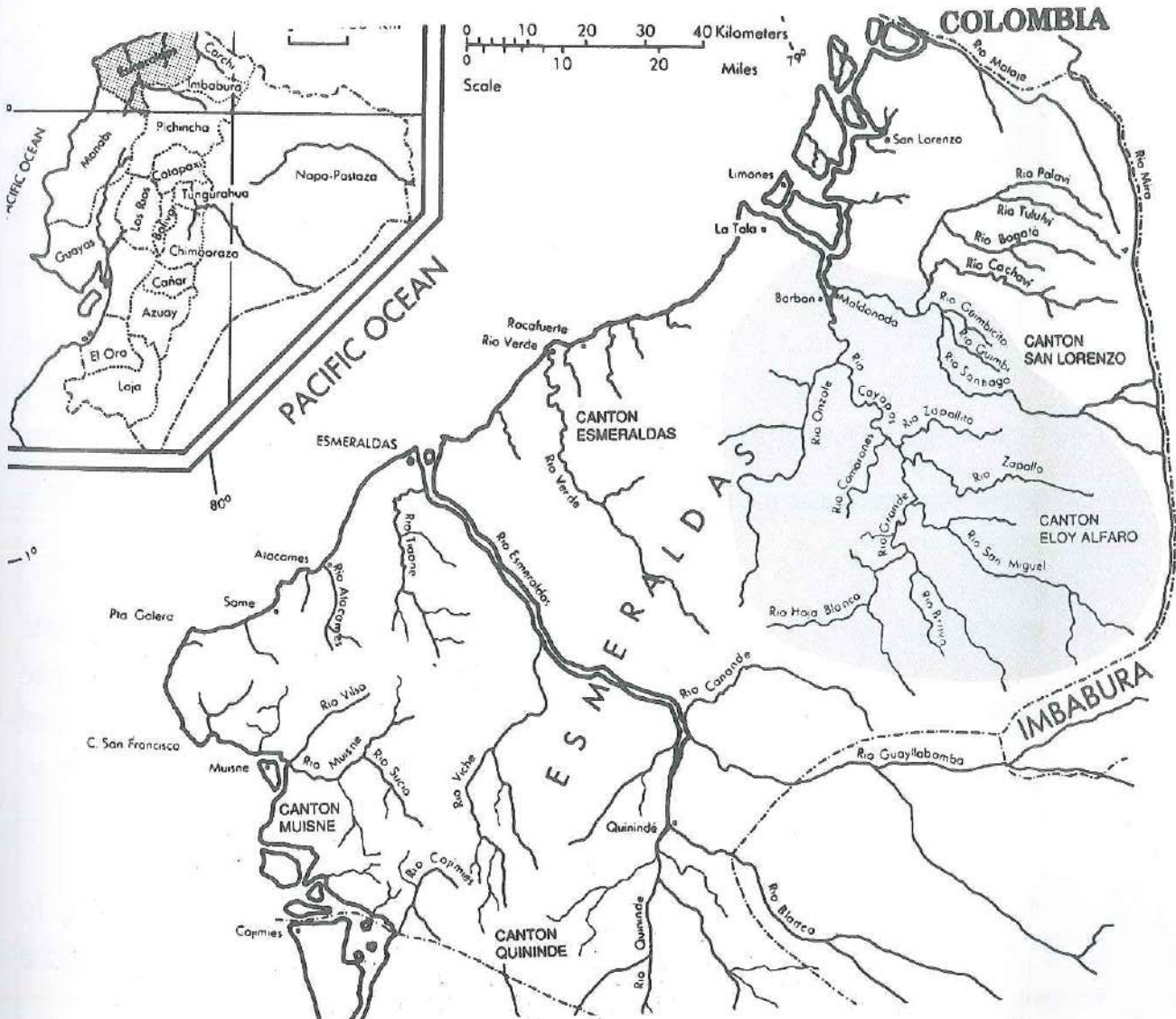
Experiencias vividas



Capítulo 3

EPIDEMIOLOGIA COMUNITARIA EN UNA REALIDAD RURAL

El área de salud Borbón



Nuestra área de salud se encuentra ubicada en el norte de la provincia de Esmeraldas - Ecuador, y se extiende a lo largo de los Ríos Santiago, Cayapas y Onzole con sus afluentes. El clima es tropical húmedo, caracterizado por una estación lluviosa que va desde enero hasta mayo que se llama invierno, y una estación seca que va de junio a diciembre que se llama verano. La temperatura media varía entre 24 y 28 grados centígrados y la humedad relativa media es de 85%.

El área Borbón es un conjunto de razas y tiene una población aproximada de 25000 habitantes, con predominio de la raza negra, habiendo también indígenas de raza Chachi y Epera y colonos provenientes de otras provincias del país, en especial de Manabí.

Los negros y los chachis estamos organizados en comunidades asentadas en las orillas de ríos y esteros. Nuestras casas son de caña o madera, con techo de cade (fibra vegetal) o de zinc. Las actividades económicas más importantes de nuestras comunidades son la explotación de la madera y el cultivo del cacao.

La explotación de la madera hecha por las compañías madereras pone en peligro al último bosque tropical húmedo de la costa ecuatoriana y a la vida de las comunidades antiguas. En estos últimos 5 años se han abierto algunas vías de comunicación terrestre, pero para la mayoría de las comunidades, la vía de acceso es el río.

Nuestra área de salud está dividida en ocho microáreas, y cada una de ellas tiene una unidad operativa de primer nivel de referencia que llamamos subcentro de salud. En este subcentro (representado en el mapa por un cuadrado) hay una auxiliar de enfermería permanente y, de vez en cuando, hay la presencia de un médico.

Los promotores de salud estamos ubicados en las comunidades a lo largo de los ríos (señaladas en el mapa con un triángulo). Nuestro punto de referencia es el Subcentro de salud.

Nuestra Historia

En 1980 inicia nuestra historia como promotores del área de salud Borbón, por el trabajo desarrollado por el Vicariato Apostólico de Esmeraldas (VAE). Algunas comunidades habían señalado la grave situación de salud y el abandono por parte de las autoridades y habían tomado la decisión de iniciar un camino de mejoramiento de las condiciones de vida. Cada comunidad eligió a su promotor de salud.

Eramos un grupo de 15 personas que iniciamos nuestra formación y trabajábamos voluntariamente para nuestras comunidades.

Luego el Ministerio de Salud Pública inició el programa de Promotores de salud a nivel nacional y nosotros fuimos incluidos a más de otros compañeros nuevos. En total quedamos 22.

Con el acompañamiento del Vicariato y en un primer momento también del Ministerio de Salud, seguimos mejorando nuestra preparación y trabajando en nuestras comunidades y en nuestra organización. Sin embargo no logramos involucrar el resto del personal de salud del área que tenía dificultad a entender nuestro trabajo. No había entonces integración.

En 1991 nuestras organizaciones presentaron al Ministerio de Salud una propuesta de convenio para un trabajo integral en el área que involucrase a todas las organizaciones campesinas y organismos no gubernamentales (ONG) en un mismo proceso de desarrollo de los servicios de salud, centrado en la participación comunitaria. Aprovechamos entonces para poner en común lo que habíamos estado haciendo: analizar éxitos, fracasos, limitaciones y definir mejor la metodología de intervención.

Fue nuestro primer seminario de Epidemiología Comunitaria.

Inicia aquí una nueva etapa de nuestra historia. Ahora ya no trabajábamos aislados sino que éramos parte del personal de salud del área dispersa de Borbón y nuestras comunidades podían participar como protagonistas en la solución de los problemas. Trabajábamos con las auxiliares de enfermería y el personal profesional del Ministerio de Salud, con los equipos de profesionales del Vicariato Apostólico de Esmeraldas, y de otras instituciones como el Fepp, el CENAD y otros que nos colaboraron en el camino.

A lo largo de estos años otros compañeros se han añadido. Actualmente somos 40 promotores y 12 auxiliares de enfermería.

Nuestro primer paso

Iniciamos el nuevo desafío con un taller de diagnóstico de la situación de salud y de programación local.

El diagnóstico lo actualizábamos periódicamente durante el trabajo y las actividades de todos los días. Hicimos una radiografía inicial de la realidad, pero luego, íbamos poco a poco, completándola y modificándola de acuerdo a como cambiaba nuestra realidad.

En este proceso hemos profundizado más el diagnóstico de algunos problemas importantes en nuestra área: desnutrición, anemia y paludismo, pian, oncocercosis. Hicimos, en otras palabras, una ampliación de la fotografía inicial. Y al final de cada año hacíamos una evaluación involucrando también algunas comunidades.

Los resultados del diagnóstico lo dividimos en tres grupos de problemas:

| Problemas organizativos del servicio de salud | Problemas de vida y organización de la comunidad | Problemas de salud - enfermedad |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Inexistencia de un plan de intervención y de un sistema de monitoreo y supervisión. • Falta de coordinación entre equipos de salud y comunidad. • Formación del personal de salud deficiente en APS, medicina tropical, administración de servicios de salud y epidemiología. • Abandono de los promotores por parte del Ministerio. | <ul style="list-style-type: none"> • Conflictos de tenencia de la tierra. • Escasez de fuentes de trabajo. • Pobre coordinación entre el componente productivo organizativo y el componente salud de las organizaciones. • Escasa participación de la comunidad (bases y organizaciones) en la discusión de los problemas de salud y toma de decisiones. | <ul style="list-style-type: none"> • Paludismo • Enfermedades diarreicas • Desnutrición infantil • Mortalidad materno infantil. • Infecciones respiratorias agudas. |

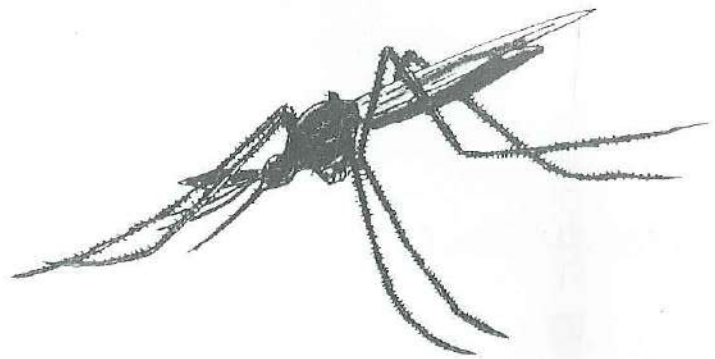
Por cada grupo de problemas, hicimos una priorización, es decir, los clasificamos según la importancia que tenían y según la posibilidad que teníamos de solucionarlos. Aparecieron muchos problemas de salud - enfermedad, pero nosotros no podíamos enfrentarlos todos. Escogimos 5 problemas (Paludismo, desnutrición, IRA, EDA, materno infantil) que eran los más frecuentes y a ellos nos dedicamos, programando la intervención y evaluando los resultados.

¿Cómo lo hicimos?



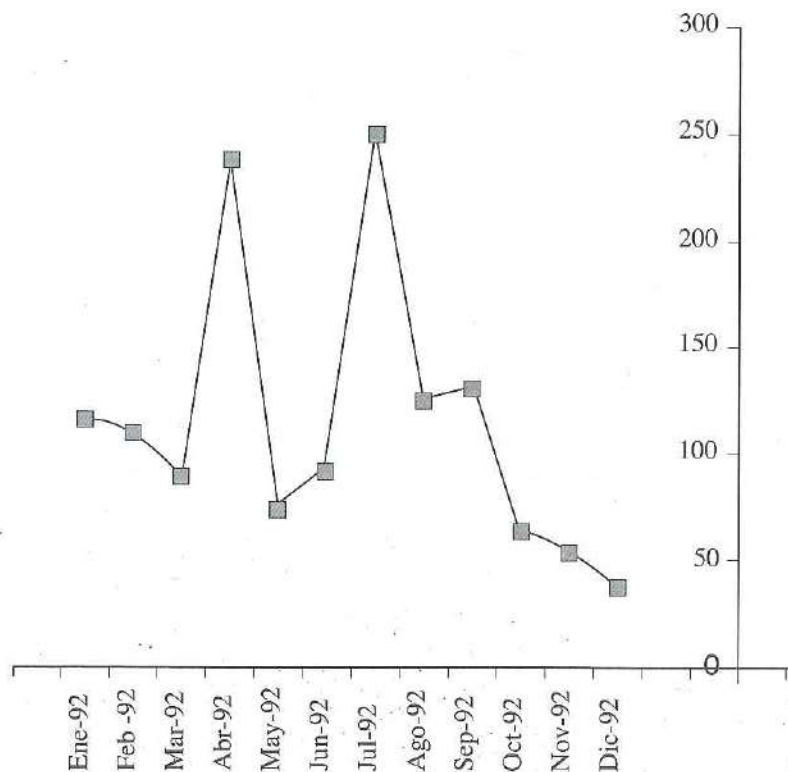
Aquí van dos ejemplos.

Dos de los problemas más agudos de nuestra área fueron el paludismo y la desnutrición.



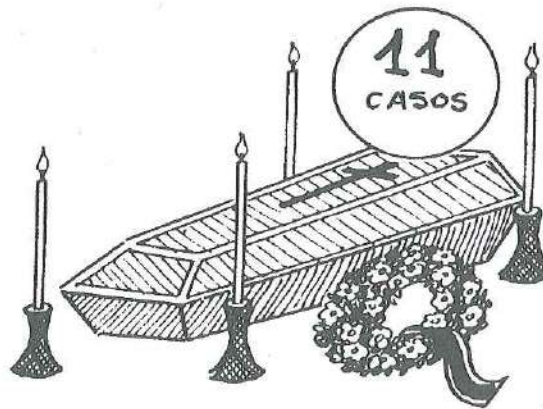
Análisis del problema y búsqueda de soluciones

La situación del paludismo en 1992 y 93 empeoró mucho y hubo también varios muertos.



Este gráfico evidencia que durante el año 92 los casos de paludismo por mes, variaron de 40 en diciembre hasta 250 en julio.

¿Y las muertes?



¿Cómo llegamos a conocer la situación del paludismo?

Cada uno de nosotros anotaba en el cuaderno del promotor los casos de paludismo confirmados con el examen de laboratorio, que se daban en nuestras comunidades. Luego en las reuniones mensuales de monitoreo y en los cursos de capacitación que teníamos cada 3 meses poníamos en común estos datos. Con la colaboración del personal profesional, aprendimos a ubicar los casos en el mapa de nuestra área y a agruparlos por mes, sacando la curva epidemiológica.

Vimos que:

- se habían dado muertes
- había un aumento de casos
- era un problema sentido por la comunidad
- disminuía la capacidad de producir
- era causa de muchas complicaciones
- la comunidad podía resolverlos

En los cursos y reuniones de monitoreo tratamos, además, de profundizar sobre el tema, para descubrir las causas del aumento de casos y las consecuencias del paludismo para la población.

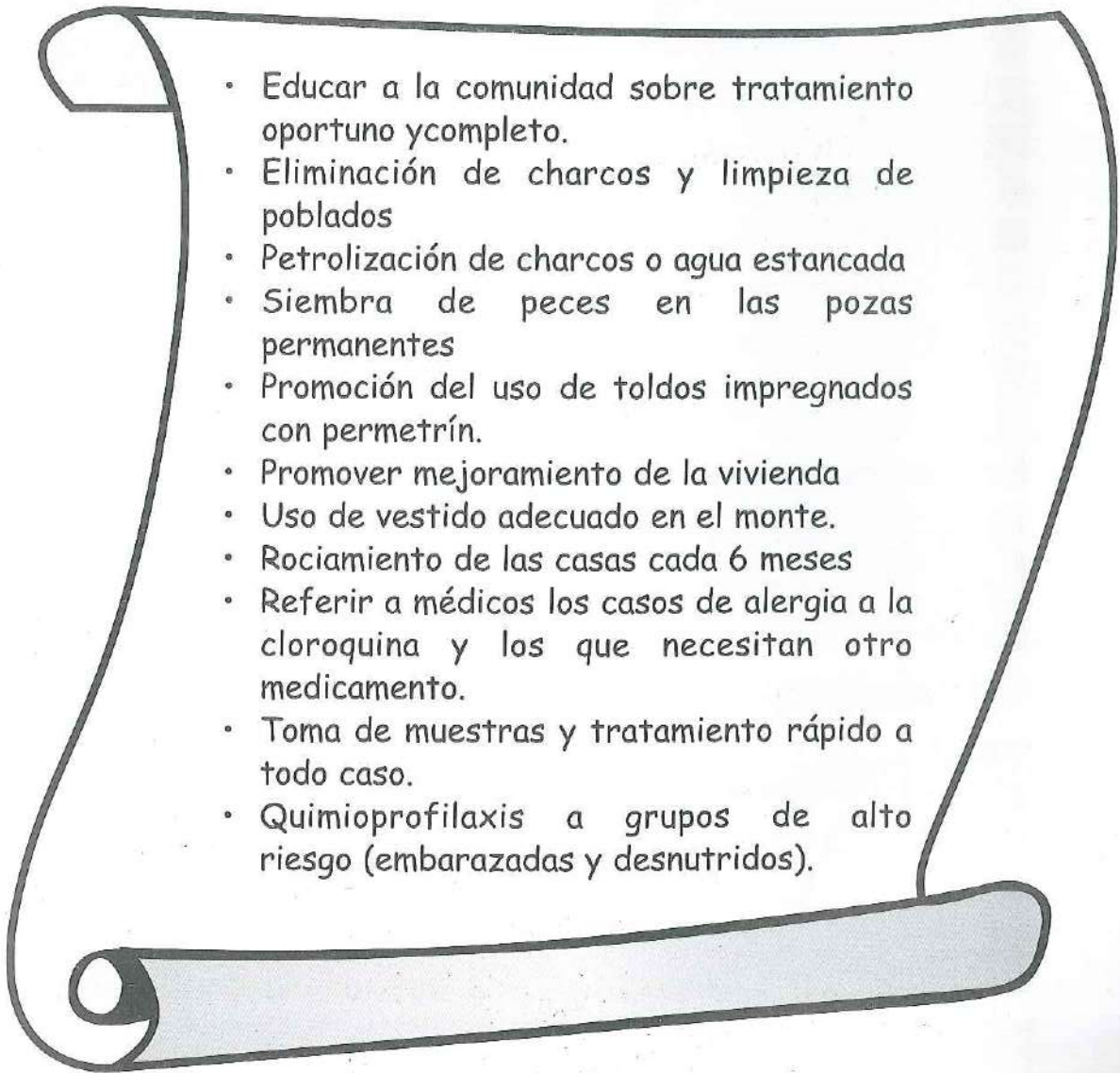
CAUSAS

- el invierno prolongado
- no uso del toldo
- el SNEM no trabajó
- atraso en el diagnóstico
- automedicación incorrecta

CONSECUENCIAS

- paludismo grave y muerte
- incapacidad para trabajar y pobreza
- desnutrición
- anemia
- disminución de las defensas

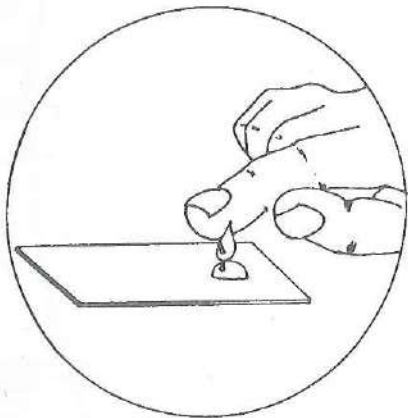
Luego de revisar y actualizar los conocimientos sobre el paludismo y su transmisión, entendimos mejor como hacerle la guerra a la enfermedad haciendo una lista de soluciones:

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

Para definir cuáles soluciones poner en marcha nos hicimos algunas preguntas:

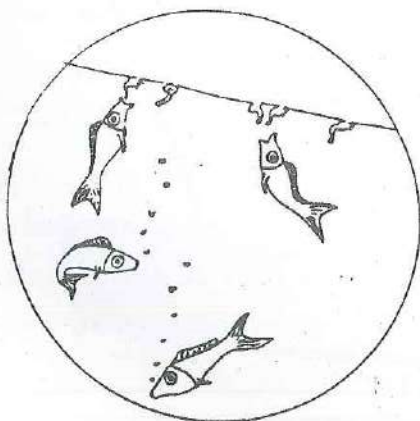
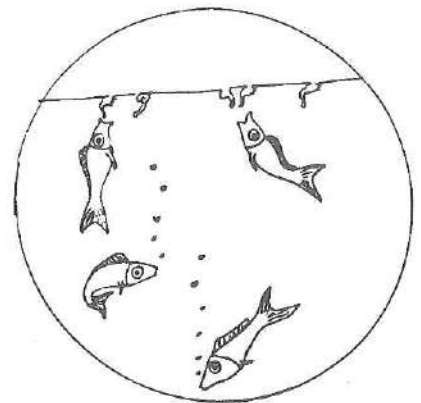
¿Cuáles de ellas dan mejor resultado?
¿Cuáles de estas soluciones podemos aplicarlas los promotores y auxiliares con nuestras comunidades?
¿Cuánto es el costo de esta solución?
¿Qué cantidad de trabajo nos exige cada una de las soluciones planteadas?

Al final se escogieron las soluciones que eran más factibles y las que más éxito podían tener y se aplicaron en el trabajo diario:



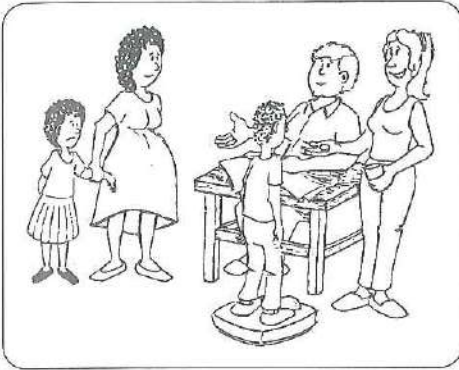
• Toma de muestra, tratamiento oportuno

• Siembra de peces en las pozas permanentes



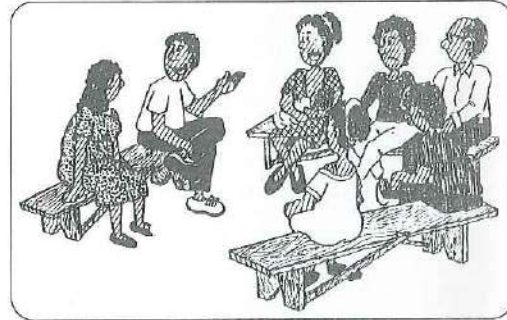
• Drenaje de aguas estancadas

- Impregnación de toldos con permetrín



- Quimiopprofilaxis a grupos de riesgo (embarazadas y desnutridos)

- Educación



Como no podíamos aplicar las soluciones en todas las comunidades al mismo tiempo hemos hecho una priorización:

mirando nuestro mapa epidemiológico, escogimos las comunidades que tenían más casos de muerte, más casos de paludismo *Falciparum*, o más casos de los dos tipos de paludismo.

Esto nos ha permitido intervenir más en las comunidades que más lo necesitaban, es decir, hemos aplicado el principio de la equidad.

Iniciamos entonces en los Ríos Onzole y Santiago analizando la realidad en cada comunidad durante las asambleas (diálogo) y para transmitir los mensajes usamos algunas expresiones típicas de nuestra cultura negra: los arrullos (cantos), versos y un juego educativo.

VERSOS

Control del Paludismo

Paludismo ha llegado
y se ha radicado
tomemos medidas
para terminarlo

las medidas son muy particulares
y la estamos llevando a nuestras comunidades.

Señores los campesinos
que estamos afectados
pongamos mucha atención
a lo que nos han enseñado.
Nuestras asesoras que son Mariela y Rossana
nos han enseñado como podemos evitar
la enfermedad del paludismo
que nos puede acabar.

Usando toldos las familias,
sembrando Rafaelitos,
haciendo drenajes de aguas estancadas,
fumigando las viviendas;
también la impregnación
que nos evita la picada del mosquito
que nos deja la infección.

Nuestro caminar es largo
hasta encontrar completa solución
porque el paludismo sigue
si no prestamos atención.

Juliana Mina
Promotora de salud de Wimbicito

Cada uno de nosotros anotaba en el cuaderno las láminas tomadas, los resultados, las actividades realizadas.

HOJA DE CONTROL DE PALUDISMO

MES *Julio* AÑO *2000*
 PROMOTOR *Chirra Aguirre*

| Nombre Apellidos | edad | sexo | Pueblo | Río | Fecha toma | Negativo | Falciparum | Vivax | Sin respuesta |
|-------------------------|-----------|-----------|----------------|--------------|-----------------|----------|------------|-------|---------------|
| <i>Carolina Corozo</i> | <i>7</i> | <i>f</i> | <i>Talobez</i> | <i>Maria</i> | <i>18-07-00</i> | | <i>X</i> | | |
| <i>Marcos Salamanca</i> | <i>15</i> | <i>m.</i> | <i>Zambata</i> | <i> </i> | <i>21-07-00</i> | <i>X</i> | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

CONTROL COMUNITARIO DE PALUDISMO

COMUNIDAD Playa - Tigre FECHA 14-04-00
 RESPONSABLES Alba Ghumo / Leocadio Palacios

1. ACTIVIDADES COMUNITARIAS

| ACTIVIDAD | NUMERO | N. PARTICIPANTES |
|------------------------------|--------|------------------|
| Minga de limpieza del pueblo | 1 | 10 |
| Drenaje de charcos | | |
| Limpieza de zanjas | 1 | 10 |
| Siembra peces en lagunas | | |
| Otras | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Observaciones a las actividades comunitarias _____

2. IMPREGNACIÓN DE TOLDOS

Toldos existentes 58 Toldos impregnados 45

Observaciones a la impregnación:
plazas no remuente

3. ASAMBLEA COMUNITARIA

Participantes: 20 Temas tratados Prevención de Paludismo

Metodología empleada:

Audiovisual

Sociodrama

Papelógrafo

Otros

Observaciones a la asamblea _____

4. ACTIVIDADES CON LOS NIÑOS

Charla en la escuela

Número participantes.....

Juego didáctico.....1.....

Número participantes25.....

Otro

Número participantes

Observaciones *Los niños participan muy activo-
mente y se divierten.*

5. ACTIVIDADES CON MUJERES

Reunión

Participantes

Temas _____

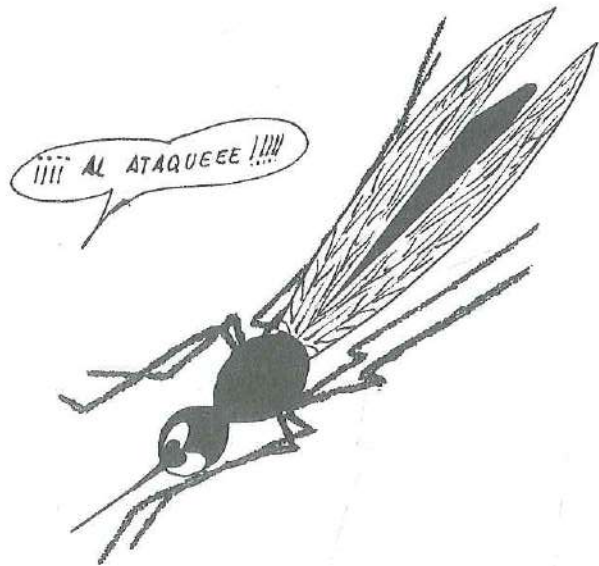
Otro _____

Participantes

Observaciones _____

Alba Chumig
FIRMA

Todo marchaba bien, pero el paludismo nos sorprendió y en 1994 se produjo un brote epidémico por *P. Falcíparum* en el alto río Cayapa, un área indígena todavía no involucrada en el programa de control.



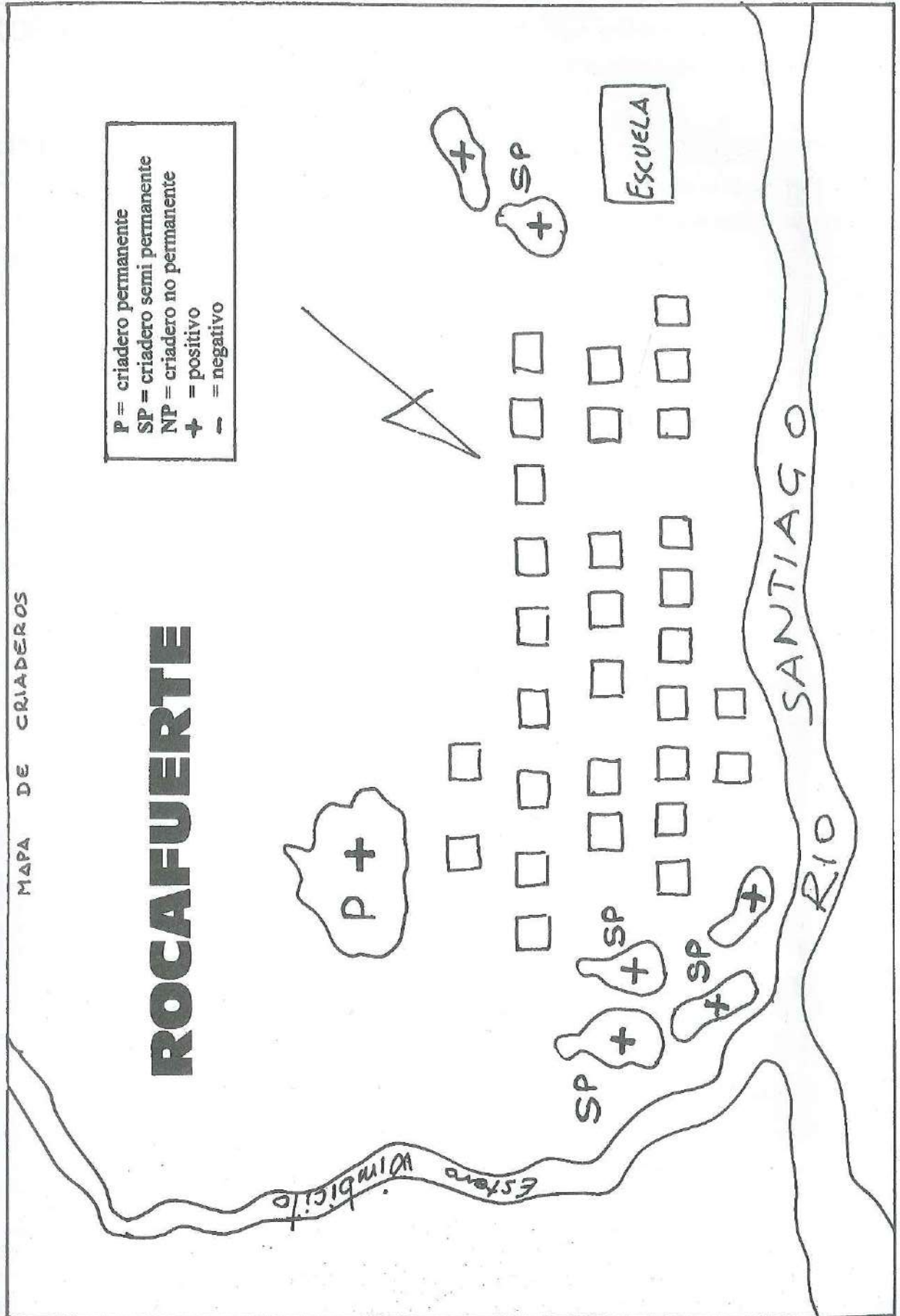
Para controlar este brote unimos nuestras fuerzas los promotores de salud y los auxiliares de enfermería del sector: algunos nos dedicamos a la intervención en las comunidades afectadas para evitar muertes y disminuir el número de casos. Otros concentramos nuestra actividad en la parte baja del río, todavía no afectada por el brote, para evitar que esto se extendiera.

Para ciertas actividades específicas como la fumigación perifocal, hubo colaboración del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM) y del equipo médico de Zapallo Grande.

Rápidamente intervinimos en el área implementando las estrategias del programa.

Además en las comunidades afectadas hicimos búsqueda activa de febriles, tratamiento colectivo a toda la comunidad con Cloroprimaquina, seguimiento a casos para registrar eventuales fracasos del tratamiento. Y trabajamos mucho capacitando a los líderes y a la comunidad en las medidas de control.

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



La carpeta fue la herramienta que nos permitió evaluar lo hecho: el 70% de las actividades fueron realizadas sólo por nosotros y un 30% con los equipos de salud y el personal del SNEM.

El brote fue controlado y no se extendió a otras comunidades del río. En estas mismas comunidades se había presentado un brote de *P. Falciparum* también en 1990. En aquel entonces, la intervención a cargo de un equipo profesional itinerante, consistió en búsqueda de febriles, tratamiento de casos y tratamiento colectivo.

Con la ayuda de los profesionales quisimos comparar los resultados entre las dos experiencias: la del 90 y la del 94.

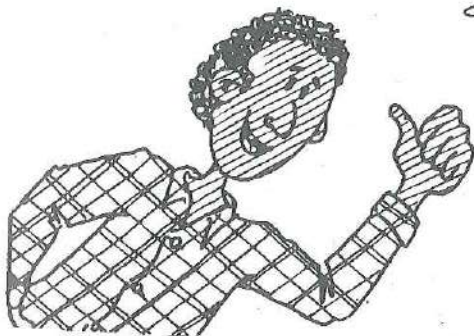
Para esto, seis meses después del brote se midieron las láminas positivas, el nivel de anemia y el tamaño del bazo en los niños de 1 a 12 años de las comunidades afectadas y las comparamos con los resultados del brote del 90.

Los resultados fueron los siguientes:

| | AÑO 91 | AÑO 95 |
|--------------------------|---------------|---------------|
| LAMINAS POSITIVAS | 34.7 % | 3.6 % |
| BAZO GRANDE | 78.9 % | 12.8 % |
| ANEMIA | 97.9 % | 58.8 % |



Compadre, ¿se da cuenta que el diálogo entre el personal de salud, los promotores y auxiliares y la comunidad produce un éxito?



Pero....

En nuestra lucha contra el paludismo no siempre hemos tenido éxitos. A veces nos enfrentamos con fracasos duros de aceptar, como la muerte de Francisca, una niña de 7 años de una comunidad del Río Santiago.

Esta es su historia:

A comienzos de septiembre la niña empezó con fiebre, frío y dolor de cabeza. En la casa le daban tabletas para la fiebre. Después de una semana la bajaron a Maldonado, a una hora de viaje río abajo, y fue atendida por el médico. Allí le hicieron los exámenes y le dijeron que tenía paludismo falcíparum. Le recetaron unas cápsulas que tomaba 4 veces en el día y Fansidar 2 tabletas. El doctor dijo a los padres que después de 4 días la bajarán al control pero, como no tenían plata no la bajaron. El promotor de salud no estaba en todos esos días en la comunidad y no pudo realizar su trabajo. Durante la semana la niña siguió igual y sólo la bajaron nuevamente el sábado siguiente. El médico la refirió al hospital de Borbón.

Al llegar al hospital la niña tenía 40.5 grados de fiebre, estaba desorientada y tenía convulsiones. De inmediato le iniciaron el tratamiento con quinina, pero en menos de una hora murió.

A los 15 días un equipo médico fue a la misma comunidad. Conversando con la gente, el equipo supo que otras 8 personas cayeron enfermas. Todas fueron a ver el médico y todas resultaron con paludismo. Dos hermanitos de la niña fallecida también estuvieron con lo mismo a comienzos de agosto.

Durante la estadía del equipo, también se encontró a una niña de 5 años con fiebre 40 grados, escalofríos y dolor de cabeza. Se le tomó una muestra de sangre y el examen salió positivo por P. Falcíparum con una densidad de 3,4% por lo que la trataron con Fansidar.

El día siguiente el equipo realiza una encuesta hemática a todos los pacientes febriles y que tuvieron fiebre en el último mes. Además de las láminas se hizo el examen con Malaquick y se encontraron otros dos positivos por P. Falciparum.

Durante la visita del equipo médico con la auxiliar del subcentro de referencia, se hizo una asamblea con la comunidad y se discutió sobre esta historia.



Todos quedaron de acuerdo en decir que la muerte de la niña podía ser evitada si se intervenía a tiempo.

Hubo mucha demora de parte de los familiares en llevarla al médico, sea por falta de dinero como por despreocupación.

En la comunidad ya se habían dado bastantes casos de paludismo, y sabiendo que todos salieron con *P. Falcíparum*, habría sido importante actuar rápidamente porque con este tipo de paludismo no se puede esperar. El atraso en el tratamiento puede significar la muerte.

La comunidad se quedó de brazos cruzados y el paludismo siguió atacando.

Siendo que en la comunidad todavía había casos de paludismo, en la asamblea se tomaron algunas decisiones:

¿Qué debía hacer la comunidad?

- Buscar los posibles criaderos de zancudos y eliminarlos
- Usar el toldo para dormir
- Realizar la impregnación de los toldos con insecticida
- Cuando alguien estuviera con síntomas de paludismo acudir rápidamente al subcentro de salud para hacer el examen y recibir el tratamiento oportuno

¿Que debía hacer el área de salud?

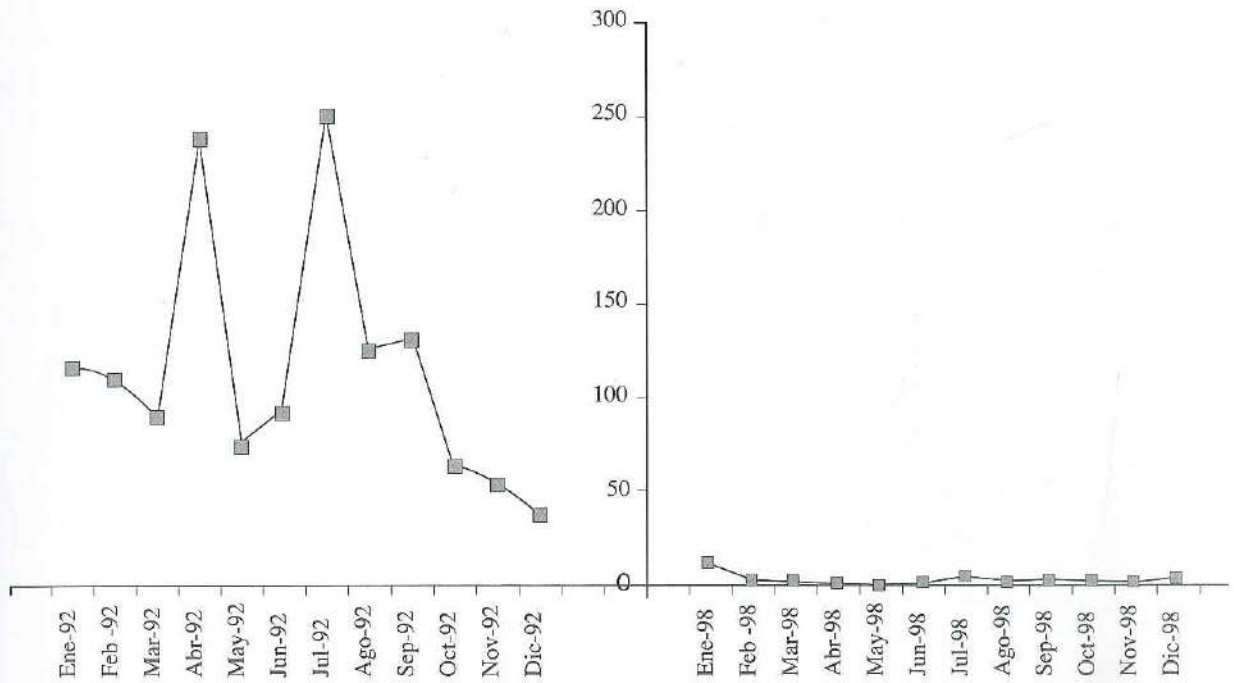
- Realizar una búsqueda activa de casos de paludismo para medir el tamaño del problema
- Según los resultados de la búsqueda activa, informar el SNEM (Servicio Nacional de erradicación de la malaria) para que se fumigara la comunidad
- Abastecer de insecticida para la impregnación de los toldos
- Abastecer al subcentro de salud de los medicamentos adecuados

Gracias al diálogo que se ha generado entre el personal de salud del área y la comunidad, partiendo de un fracaso, como la muerte de la niña, en la comunidad ya no hubo muertes por paludismo y también disminuyeron los casos.

Resultados de la lucha contra el paludismo

Después de años de trabajo y de continuo diálogo entre la comunidad, el personal de salud y el área de salud los resultados obtenidos los podemos apreciar comparando las curvas epidemiológicas (que nos

indican el número de casos de paludismo por mes en cada uno de los



dos años tomados en consideración) del 92 y la del 1998.

Desnutrición

Análisis del problema y búsqueda de soluciones

Otro problema importante en nuestra área es la desnutrición. Para saber lo que estaba pasando realmente hemos procedido a pesar a todos los niños menores de 5 años.

Cada uno de nosotros anotaba el peso del niño y la fecha de nacimiento en el cuaderno del promotor y calculábamos el estado nutricional en la curva de crecimiento.

Cuando nos encontrábamos en las reuniones mensuales de monitoreo o en los cursos de capacitación poníamos en común nuestros datos.



| | 1990 |
|-----------------------------|-------|
| Número de niños controlados | 318 |
| Número de niños desnutridos | 92 |
| Prevalencia de desnutridos | 28.9% |

La realidad que apareció ha sido la siguiente:

Las historias de vida de los desnutridos nos ayudaron a conocer más a fondo el problema.

Historia de vida de Rosita

La mamá de la niña tiene 16 años. Vivía en Esmeraldas y al dar a luz el marido la llevó donde sus padres en el pueblo de Chapilito y desapareció.

La niña Rosita fue detectada en el mes de enero en Selva Alegre por el equipo de salud que se encontraba de visita. La niña pesaba 3 Kilos, estaba pálida e hinchada. Se la refirió al hospital de Borbón con una nota donde se decía que le dieran lo que necesitaba aunque los familiares no tuvieran dinero. Al día siguiente al abuelo de la niña fue al hospital de Borbón con el papel que le había dado el equipo de salud a pedir plata, pero sin la niña. En Borbón no le dieron el dinero y pidieron que trajera a la niña. Después de unos días la bajaron pero sólo se quedó en el hospital dos o tres días y los familiares se la llevaron nuevamente.

En el mes de febrero el mismo equipo de salud visitó la comunidad de Chapilito y nuevamente encontró a la niña: estaba más hinchada, más pálida y más decaída. Se le ofreció a los abuelos que llevaran la niña a Quito en el hospital de niños, pero después de una semana la mamá la sacó del hospital y regresó a la casa.

De regreso a su comunidad no acudió al centro de salud y después de unos días la niña falleció. Tenía 6 meses.

Historia de vida de Juanito

Juanito tenía 2 años y fue llevado al hospital porque tenía tos, diarrea y falta de apetito. Su peso era de 9.5 Kilos. Le diagnosticaron EDA y parasitosis y le recetaron suero oral y antibióticos y lo mandaron a la casa.

Después de dos meses regresa al hospital con fiebre, falta de apetito, tos, mucha agitación, vómito, diarrea, mucosas secas y ojos hundidos.. Al chequearlo los médicos encuentran que tiene el hígado aumentado de tamaño. Su peso bajó a 8 Kilos.. Le hacen un diagnóstico de IRA y deshidratación. Lo ingresan en el hospital y le ponen un suero y le dan antibióticos.

Al día siguiente la mamá solicita el alta bajo su responsabilidad y lleva el niño a la casa para volver a llevarlo el día siguiente. Su peso ha disminuido otra vez: ahora pesa 7.3 Kilos.

En el hospital le diagnostican desnutrición grave e IRA. Al conversar con la mamá se aprende que el niño no caminaba ni hablaba, que tenía tos desde hacía más de dos meses y que el papá había fallecido por tuberculosis.

Por primera vez se toma en cuenta la posibilidad que el niño tenga tuberculosis y se lo refiere al hospital general de niños en la capital.

Nunca se llegó a confirmar si tenía tuberculosis porque el niño falleció en el traslado al hospital Baca Ortíz.

En estas dos historias, las causas de la desnutrición fueron diferentes: la niña Rosita se enfermó y murió por el descuido de la familia, mientras que para Juanito fue una enfermedad no detectada que produjo la desnutrición.

¿Qué pasaría con los otros niños desnutridos de nuestra área?



Consideramos que era muy importante conocer las causas para poder intervenir en forma efectiva y así disminuir la desnutrición.

Para saber cuáles eran las principales causas de la desnutrición en nuestra área hicimos una pequeña investigación.

Antes de pasar a la acción, en nuestra capacitación continua hemos profundizado sobre el tema de la desnutrición. Luego, cada uno en su comunidad recogió la información en su cuaderno y la resumimos en esta tabla:

| COMUNIDAD | NOMBRE | EDAD | SEXO | TIPO DE FAMILIA | CAUSAS | TRATAMIENTO |
|-----------|--------|------|------|-----------------|--------|-------------|
| | | | | | | |

El resultado de nuestra investigación fue el siguiente:

En nuestras comunidades encontramos 53 niños desnutridos.

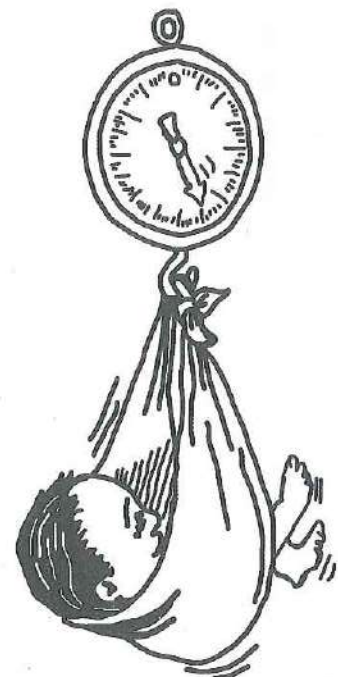
Las principales causas fueron:

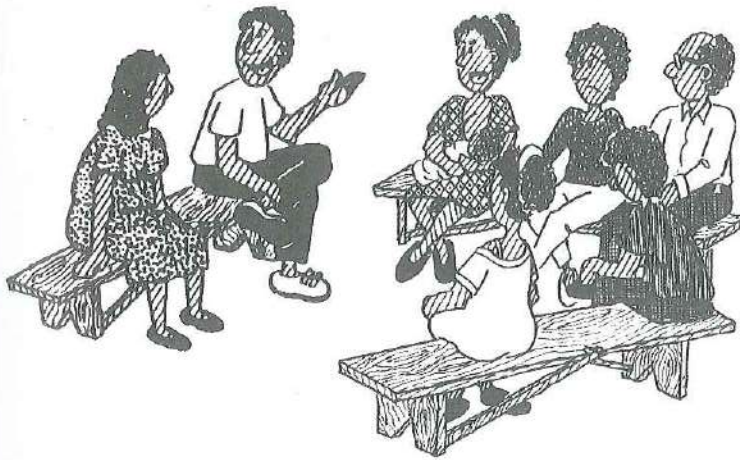
- complicación de enfermedades en 23 casos
- abandono, descuido, pobreza en 15 casos
- quitar el seno temprano (biberón) en 11 casos
- falta de leche materna en 6 casos
- enfermedades durante el embarazo en 4 casos
- embarazos muy seguidos en 2 casos

Resultó claro, entonces, que las principales causas de desnutrición eran las enfermedades frecuentes y la despreocupación de los padres.

Para nuestra intervención escogimos una serie de actividades:

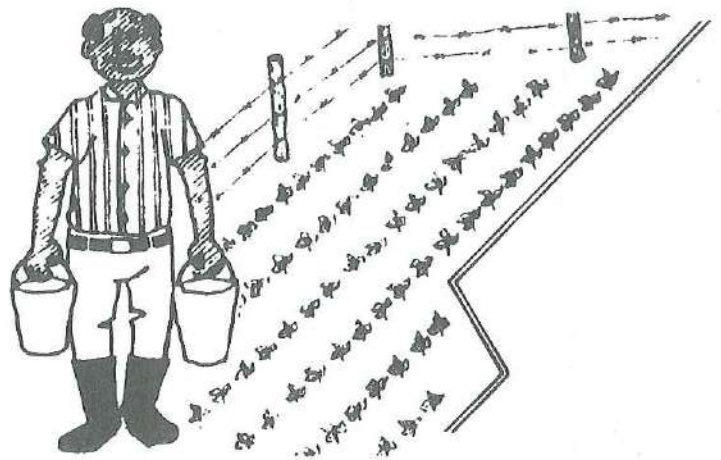
- control periódico del peso a todos los niños menores de 5 años
- control más frecuente de los niños que por su peso o por su situación familiar representaban el grupo de mayor riesgo para desnutrición.





- educación a las madres sobre alimentación y preparación de papillas hipercalóricas con productos del medio, para la recuperación de los desnutridos.

- promoción de huertas familiares y uso de la soya



- prevención de las enfermedades que representaban la principal causa de desnutrición: diarrea y paludismo, IRA

Para sensibilizar a la comunidad se utilizaron dos expresiones típicas de la cultura negra: los arrullos (cantos) y los versos.

ARRULLO

Desnutrición

En la talla y en el peso
se conoce a los desnutridos
que si no llegan al peso
es porque están desnutridos,
es porque están desnutridos

señoras madres de familia
tengan mucha precaución
a darle soya a los niños
que no haya desnutrición,
que no haya desnutrición

señores padres de familia
consejos les voy a dar
que cuiden a su familia
que no haya la mortandá
que no haya desnutrición,
que no haya desnutrición.

Oberliza Caicedo
Promotora de Salud de
San José del Cayapas



¿ Tuvo éxito nuestra
intervención ?



Una compañera auxiliar va a contar la historia de Lucetty, una niña de 8 meses.

"Durante un pesaje me di cuenta que la niña tenía desnutrición moderada. La mamá era muy joven, le había quitado el seno a los 4 meses y le daba colada de verde hecha en agua y canela. Además dejaba a la muchachita mucho tiempo sola con la abuelita, sin preocuparse si comía o no.



Fui a la casa y hable con la mamá y la abuela para que se preocuparan más y llevaran cada semana a la niña al subcentro para el control del peso.

Pero nada pasó y a las dos semanas yo regreso a la casa y encuentro a la niña hinchada, con peladuras en las nalgas, piel descolorida y en mal estado. Al pesarla me di cuenta que ya había pasado a una desnutrición grave.

No sabía más que hacer porque la mamá y la abuela habían decidido que la niña ya se iba a morir y no colaboraban.

Algunos días después, entró un equipo de salud y hablé con ellos de la niña. Juntos fuimos a la casa y quedamos un largo rato conversando con la mamá para convencerle que todavía la niña podía salvarse.

Así que al final la mamá decidió intentarlo y poner su granito de arena. Con el doctor hicimos el plan de intervención: el dejó las medicinas necesarias, yo me encargué que las tomara. La mamá se comprometió a llevar a la niña al subcentro de salud 3 veces al día para recibir el tratamiento y para preparar conmigo la papilla hipercalórica que de a poquito dábamos de comer a la niña.

Poco a poco empezó a bajar la hinchazón y la niña comía cada vez más. La esperanza creció en el corazón de la mamá y juntas trabajamos más para darle un buen seguimiento a la niña.

Un mes después, cuando regresó el equipo de salud, la niña había cambiado bastante: su desnutrición ahora estaba moderada, su piel estaba sanita y más coloradita, la niña jugaba.

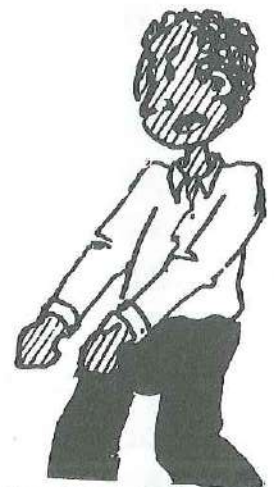
Dos meses después su peso era normal."

Y aquí están los resultados obtenidos en nuestras comunidades

| | 1990 | 1994 |
|-----------------------------|-------|------|
| Número de niños controlados | 318 | 366 |
| Número de niños desnutridos | 92 | 55 |
| Prevalencia de desnutridos | 28.9% | 15% |



Estos resultados son más bajos que los del paludismo



Si es cierto, pero la desnutrición es un problema más complicado y para disminuirla se necesita más tiempo.



Bueno, pero no olviden que ahora los desnutridos graves son mucho menos que antes, y esto es todo un éxito!

Capítulo 4

EPIDEMIOLOGIA COMUNITARIA EN UNA REALIDAD URBANA

La Experiencia de San Roque (El Salvador)

Nuestra área

Está ubicada en la periferia sur- este de San Salvador y en el Barrio San Jacinto.

El número de habitantes oscila entre 25000 a 30000, aunque es difícil saber exactamente por las continuas migraciones relacionadas a una situación ambiental, social y económica extremadamente precaria.

El 40% de la gente tiene una historia de "desplazamiento". Han venido a la ciudad en los últimos 15 años, provenientes de la zona Norte y Oriente del País, lugares particularmente conflictivos en la década de los años 80. Durante la guerra han ocupado quebradas, arenales, barrancos, laderas y líneas férreas para construir sus precarias "champas". Otros son "damnificados" del terremoto del 10 de octubre de 1986.

La situación económica está caracterizada por un alto índice de desempleo. La mayoría de la población económicamente activa pertenece al gran sector informal. Las mujeres son vendedoras ambulantes o lavan y planchan en las casas y en estos últimos años las jóvenes tienen acceso a las maquilas de la gran zona franca de San Marcos. Los hombres son jornaleros: llevan cargas en los grandes mercados de la ciudad, son auxiliares de albañilería o artesanos, en su mayoría zapateros, dependientes de talleres que hacen parte del mercado informal.

Solo el 35% de la población económicamente activa tiene un trabajo fijo.

Los servicios básicos no cubren a toda la población: hay zonas sin agua potable, sin alcantarillado y sin servicio de desalojo de basura. La difícil viabilidad crea situaciones de aislamiento, favoreciendo la pequeña delincuencia, facilitando las organizaciones de "maras" que se dedican al tráfico de droga (marihuana y cocaína), determinando así un clima de inseguridad entre la población.

La grave y creciente erosión del suelo está creando zonas sujetas a fáciles derrumbes durante la estación lluviosa.

Las viviendas son semejantes a las de los suburbios pobres latinoamericanos.

La "champa" es una habitación unifamiliar construida con materiales de desecho como cartón, pedazos de plástico, madera y lámina.

El "mesón" es una vivienda de carácter colectivo, permanente, en condiciones de insalubridad con servicios sanitarios comunes.

Las casas están construidas con columnas de cemento y ladrillos y techo de lámina o duralita.

El espacio habitacional es normalmente muy reducido con situaciones de hacinamiento y promiscuidad.

A lo largo del tiempo, este territorio ha sido dividido en 5 sectores:

Central

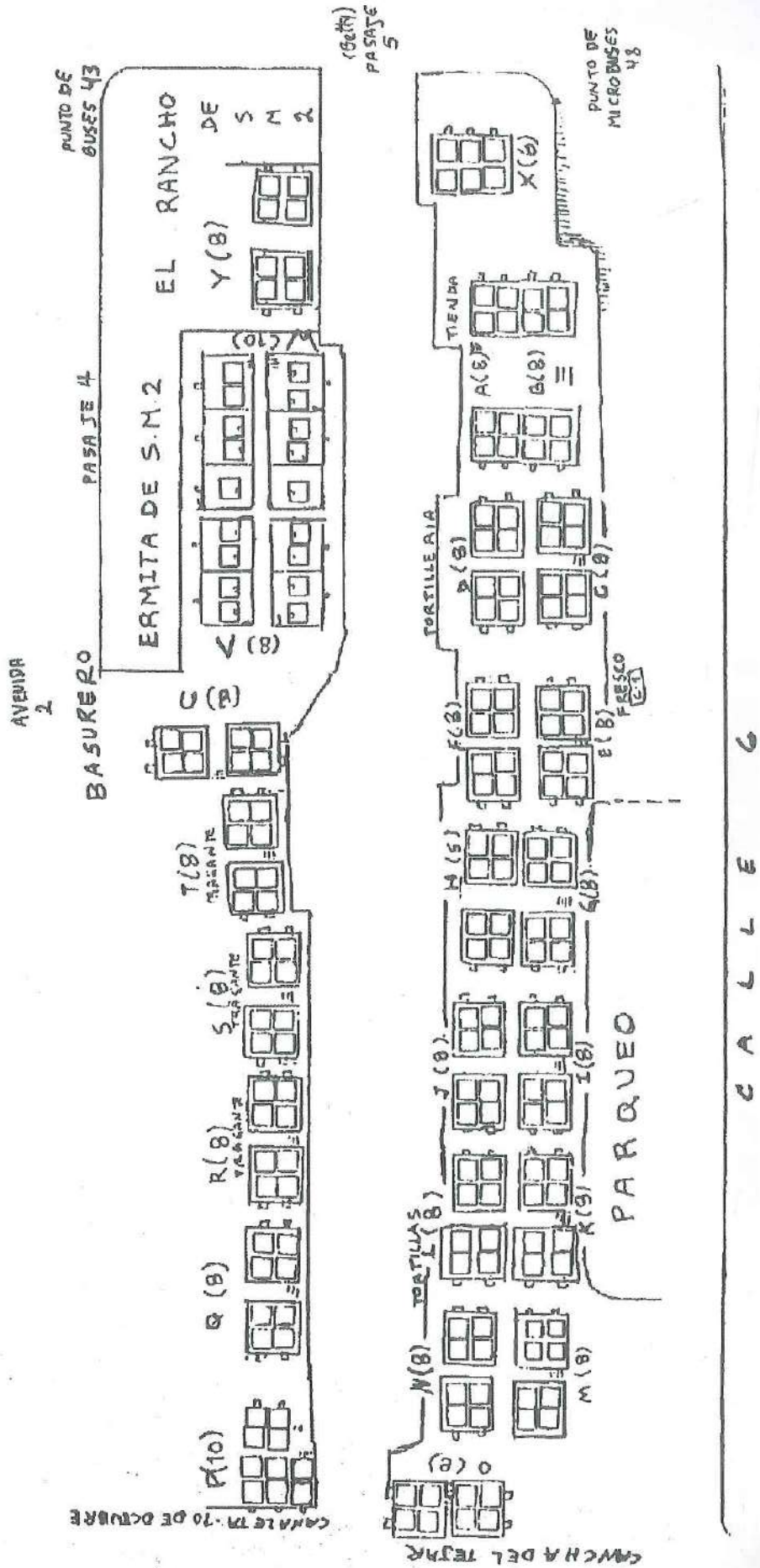
Santa Martha 1

Florida

Alto de Miraflores

Santa Martha 2

CROQUIS DE LOS CONDOMINIOS DEL TEJAR # 1 DE Sntb. MTA 2



Nuestra historia

A partir del terremoto del 86 un grupo de 17 jóvenes y mujeres empezamos a reunirnos, preocupadas por la situación de salud de nuestras comunidades abandonadas a si mismas.

Estábamos en una situación de emergencia y de conocer, aprender y tomar conciencia sobre las enfermedades más frecuentes, saber bien las indicaciones que debíamos darle a la gente, como darle un tratamiento adecuado con los medicamentos, saber hacer curaciones, primeros auxilios, etc. Iniciamos así nuestra formación.

En 1989, a causa de la guerra con bombardeos indiscriminados a la población civil, las actividades se paralizaron. Nuestra parroquia se transformó en refugio para 150 - 200 personas y nosotras, con la colaboración de otras personas coordinamos las acciones adecuadas para este momento.

Cuando la situación se normalizó un poco, nos dispersamos en distintos lugares del territorio y empezamos a formar pequeños grupitos capacitando a nuevos compañeros y compañeras.

Iniciamos una vigilancia en el territorio sobre algunos problemas más importantes: la desnutrición, las enfermedades evitables, la salud mental, los casos crónicos de seguimiento, los embarazos en riesgo, el problema de la muerte por cáncer del cuello de útero. Todo este trabajo lo hacíamos desde la Clínica donde la gente acudía para las consultas.

A partir de 1993, decidimos salir de la Clínica e ir de casa en casa y empezamos a descubrir que la salud no viene de nosotras las promotoras; que nosotras no éramos dioses y empezamos a comprender que cada persona puede ser SUJETO DE SU PROPIA SALUD y no depender de nosotras.

Actualmente somos un grupo de 21 mujeres.

En 1990 hemos definido algunos criterios "leyes" como buenos indicadores de las acciones en el territorio.

"Que ningún niño muera en sus primeros años de vida"

"Que ninguna mujer muera por cáncer del cuello del útero"

"Que ningún anciano se quede solo y abandonado"



"Que ninguna joven se quede embarazada antes de los 20 años si no lo desea"

Cada una de nosotras es responsable de una zona y/o comunidad y nos involucramos en los criterios organizativos de esta según su problemática ambiental y de salud específica. Esto nos permite detectar prioridades, definir estrategias de lucha para mejorar la calidad de vida, de relación, reivindicar aquellos servicios básicos (agua potable, desalojo de basura) sin cuya presencia es imposible evitar las enfermedades.

A continuación presentamos nuestra lucha contra tres grandes problemas que nos afectan.

DE LAS LEYES A LOS PROBLEMAS

**Que ninguna mujer muera por
cáncer del cuello del útero**

En los años 90 - 94, la muerte por cáncer del cuello del útero ha sido una de las experiencias más duras vivida por nosotras las promotoras. La larga historia de sufrimiento y la muerte temprana de mujeres jóvenes nos ha puesto en pie de lucha.

¿Qué podíamos hacer?



Iniciamos con la sensibilización a las mujeres sobre la importancia de hacerse el Papanicolau y acompañándolas para vencer el miedo.

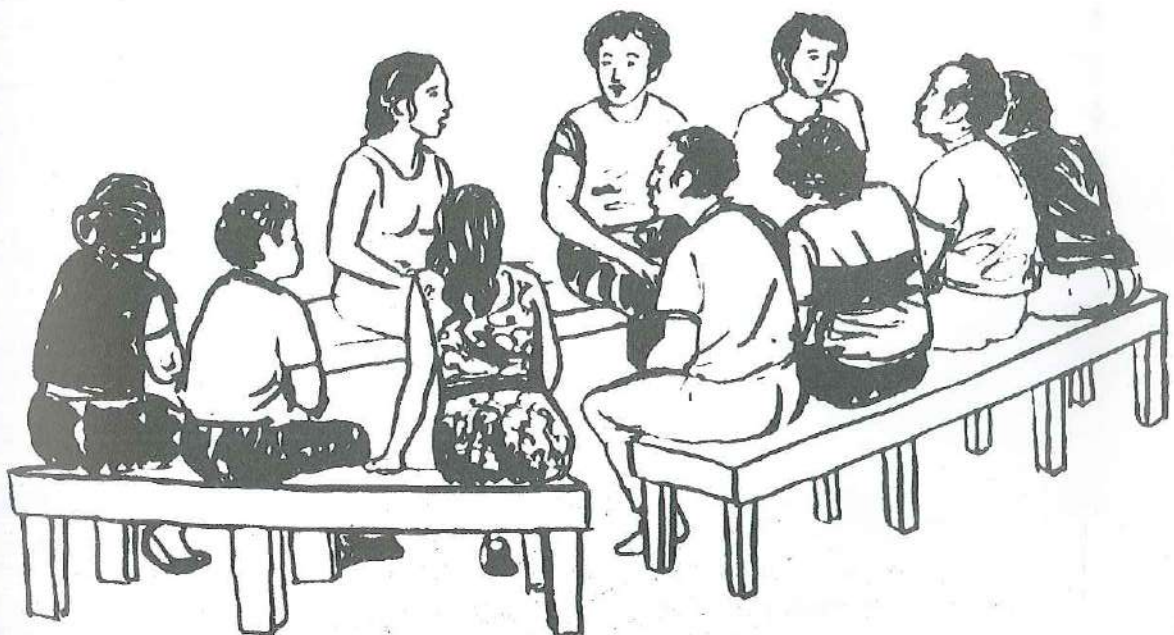
En todo momento estuvimos al lado de las mujeres: "Visitamos de casa en casa, damos referencia, explicamos a las mujeres que es la citología, hablamos con los esposos, hemos ayudado con dinero a las mujeres que tenían que hacerse la colposcopia, hemos elaborado folletos para explicar que es la citología" y nos aseguramos que no les faltara el tratamiento.



Con el pasar del tiempo, las mujeres vencieron el miedo y ellas mismas tomaron luego responsablemente su destino.

Cada 6 meses las promotoras de salud realizábamos el control de cobertura del Papanicolau a través de visitas a los domicilios. Estábamos más pendientes de los casos más en riesgo, motivando a las mujeres a no "abandonar" sus controles. Recogíamos en una ficha el control y el seguimiento del Papanicolau de cada mujer, manteníamos una relación permanente con los Centros de Atención de Primer Nivel (Unidades de Salud) para facilitar el acceso al servicio.

Luego nos reuníamos y analizábamos los datos para establecer cuáles de las mujeres tenían mayor riesgo.



Consideramos en riesgo a las mujeres que:

- tienen 35 o más años y que nunca se han hecho el examen o que tienen más de tres años de no hacerlo;
- tienen una lesión pre - cancerosa persistente en el Papanicolau
- tienen repetidas infecciones vaginales y/o del cuello del útero.

Para recoger la información usábamos este formulario que nos permitía ubicar fácilmente a las mujeres:

Sector Central

| <u>COL.</u> <u>HARRINSON</u> | Total | Bien | Nunca | Tratam. | Pend. | Riesgo |
|---------------------------------|-------|------|-------|---------|-------|--------|
| Pje. 1 | 29 | 8 | 15 | 0 | 6 | 8 |
| Final C. San Martín | 20 | 10 | 8 | 0 | 2 | 3 |
| Pje. 2 | 16 | 5 | 4 | 0 | 7 | 3 |
| El Plan # 3 | 5 | 0 | 2 | 0 | 3 | 1 |
| América del Sur | 13 | 9 | 1 | 0 | 3 | 0 |
| | 83 | 32 | 30 | 0 | 21 | 16 |
| | 100% | 39% | 36% | 0 | 25% | 19% |

Sector Santa Marta 2

| <u>EL TEJAR 1</u> | Total | Bien | Nunca | Tratam. | Pend. | Riesgo |
|-------------------|-------|------|-------|---------|-------|--------|
| Edif. "O" | 8 | 2 | 0 | 2 | 4 | 2 |
| Edif. "M" | 4 | 0 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Edif. "N" | 4 | 0 | 2 | 0 | 2 | 1 |
| Edif. "L" | 4 | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 |
| Edif. "K" | 4 | 1 | 1 | 2 | 0 | 2 |
| Edif. "I" | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| Edif. "U" | 4 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 |
| | 4 | 0 | 1 | 0 | 3 | |
| Edif. "W" | 4 | 1 | 0 | 0 | 3 | 0 |
| Edif. "Y" | 4 | 1 | 0 | 2 | 1 | 1 |
| | 42 | 6 | 8 | 10 | 18 | 12 |
| | 100% | 14% | 19% | 24% | 43% | 29% |

Leyenda: Bien = resultado negativo; Nunca = nunca se la hicieron;
Tratamiento = se les indicó un tratamiento farmacológico;
Pend. = en espera de respuesta del examen

Que ningún niño muera en su primer año de vida

Los recién nacidos y sus madres

A partir de esta ley, nos propusimos dar seguimiento a los niños directamente en las casas.

Iniciamos entonces una observación en cada zona y anotábamos lo observado en una ficha que recogía datos de las madres y de los niños al nacer y después de 4 meses.



Colonia Harrison Abajo

| MAMAS | | | | NACIDOS RECIÉN | | |
|-------|--------|-------|-----------|----------------|-----------|---------------|
| Edad | F. Emb | Parto | Lactancia | Peso nacer | P. 4º mes | Problemas |
| 17 a. | 39 | NOR. | SI | 3750 g. | | |
| 39 a. | 36 | NOR. | SI | 3481 g. | 18/l. | Ombligo, Piel |
| 24 a. | 40 | NOR. | NO | | 13/l. | IRA |
| 15 a. | 37 | NOR. | SI | 2590 g. | | IRA, |
| 24 a. | 40 | NOR. | SI | 3079 g. | se fue | IRA, Piel am. |
| 23 a. | 40 | NOR. | SI | 3109 g. | 12/l. | IRA, Piel |
| 23 a. | 39 | NOR. | SI | 5.51 | | Ombl., IRA |
| 23 a. | 40 | CES. | SI | 3700 g. | 18/l. | IRA, sarro |
| 26 a. | 41 | CES. | | 3700 g. | | IRA |
| 20 a. | 40 | NOR. | SI | 3250 g. | | Piel |
| 33 a. | 40 | NOR. | SI | 3050 g. | | |

Estos datos nos ayudaron a conocer mejor nuestra realidad:

- De las 11 mamás, 2 son menores de 20 años; la de 15 años tuvo su parto a las 37 semanas.
- De las 11 mamás, 2 tuvieron su parto por cesárea.
- La mamá de 39 años tuvo su parto a las 36 semanas de embarazo.
- De 10 mamás solo 1 no le dio de mamar al niño.
- 2 niños de bajo peso al nacer, uno de ellos es hijo de la mamá de 15 años.
- 7 de los 11 niños han presentado problemas de IRA, 2 problemas de ombligo, 3 problemas de piel.



Atrás de estos números hay historias de personas que viven, luchan y sufren y el conocer sus historias nos ayuda a comprender mejor el por qué de algunos problemas.

Historias-cuentos de las mamás



M. 17 años. En ella se observó que quería tener el hijo. Lo tuvo a las 39 semanas. Tuvo una buena alimentación. Su mamá al principio se opuso a su embarazo, de que no quería que naciera, pero al fin de hablar con ella, aceptó su embarazo. También ella tuvo muchas infecciones en la vagina. Tomó medicamentos en el embarazo.

L.E. 15 años. Tuvo su hija a las 37 semanas. La mamá la regaña mucho. No está con su compañero y está un poco deprimida porque no siguió estudiando. Vive con la mamá y la tía. Después del parto la herida de la episiotomía se abrió y se infectó. Ha quedado con miedo.

A.V. 24 años. Tuvo el niño a las 40 semanas en la casa: la atendió una cuñada.... Su trabajo es de vender en la calle. Vive en un cuarto muy pobre. Sostiene 4 hijos. La suegra le quitó el niño porque no puede sostener al otro niño y la suegra lo está cuidando.

M. 23 años. El niño nació de 34 semanas. Es una persona que no puede tomar decisiones por ella misma, siempre está al lado de ella la mamá. Siempre tiene que pedir permiso. Tuvo mala alimentación durante el embarazo y cada año sale embarazada; tiene muy seguido a los niños. No tiene ayuda de ningún compañero de vida. Le toca a ella sostener los 5 hijos. Los 5 niños son hijos de diferentes papás.



H. 23 años. Tuvo el niño a las 40 semanas de embarazo con parto por cesárea. Tuvo buena alimentación. Tiene el apoyo de sus padres y de su esposo que le ayuda. Tiene 2 niños. Está un poco resentida porque ella quería tener otro pero cuando la niña tuviera por lo menos 6 años, pero hoy está

conforme. El tierno duerme con ella.

M. 26 años. La mamá está feliz con su niño, lo tuvo a las 40 semanas. Deseó su hijo; los 2 niños que tiene ya son grandes; tiene el apoyo de su esposo. Ella no trabaja, cuida a sus niños; le platica al niño y pasa por rato jugando con él. Los 2 hermanitos se ven que están contentos.

S. 20 años. Trabaja mucho en hacer bolsas. Tiene un compañero jodido, que pelea mucho. Vive con la suegra y sus cuñados. Tiene otro niño. Siempre sigue haciendo bolsas. Son muy pobres y viven en un cuarto muy pequeño.

Historias-cuentos de los recién nacidos



C.G. Lo cuida su papá y pasa con él porque la mamá trabaja. Sólo le dio tres meses de pecho y le puso pacha leche entera. El niño está bien de salud. Tiene buen peso.

L. Lo cuida la mamá o la tía o la abuelita. Le estuvieron dando sol porque nació un poco amarillo. Nació un poco de bajo peso. Sólo le dio pecho 2 meses y de allí sólo pacha. Su propia mamá casi no le gusta estar con la niña. La niña está bien, lo único es que está de bajo peso. Ya empieza a caminar.

N.E. No tuvo nada de lactancia. Le pusieron leche Similac. Tuvo IRA a los 15 días de haber nacido. Tuvo también sarpullido. La mamá no le dio calor adecuado. El niño dormía en una cuna aparte y con mucha ropa en su cuerpo: ese era el calor del niño. Está todavía en bajo peso.

Z.E. Recién nacida tenía 2 pelotitas en su busto. La llevó a la Unidad de Salud pero no le dejaron nada. Ella tuvo pecho hasta los 3 meses y le puso pacha con leche similac. Le dio IRA y estuvo en tratamiento por eso.

C.M. Nació en la casa con el apoyo de la mamá. Tuvo problema de ombligo. El ombligo estaba húmedo y con mal olor y su piel estaba muy amarilla. Le estuvo dando sol en la mañana. Siempre sigue de bajo peso. Le da pecho y pacha. Lo acuestan en una silla y bien envuelto. Lo cuida la mamá y la abuela.



B. Nació con buen peso. Le sigue dando pecho y pacha. Lo cuida ella. Le empieza a dar de comer por poquitos puré de papas, juguitos. Se enferma menos, sólo gripe le da. El papá lo saca afuera a la calle y le platica al niño.

O. Tiene 2 meses de nacido. Está tomando pecho, pacha todavía no. Estuvo unos días en la incubadora porque se tragó un poco de liquido amniótico. Lo cuida su propia mamá; está bien de peso. Su papá cuando llega de trabajar se pone a platicar con el niño y sus hermanitos también.

A. Nació bien. Está bien de salud. Le está dando pecho. Lo único es que pasa a veces escaldada de su encaje. Está aumentando de peso. Ya le pusieron las vacunas. La mamá se preocupa porque duerme mucho.

Conclusiones



La vigilancia de los recién nacidos y de sus mamás nos ha permitido enriquecer los conocimientos y tomar anticipadamente medidas en situaciones de particular riesgo.

Actualmente continuamos una observación periódica de los recién nacidos con visitas domiciliarias cada 15 días, cuando no se presentan problemas; y el seguimiento más cercano de los niños, que por su condición o por la condición de la mamá, ameritan una atención.



Esta observación de las mamás y de sus recién nacidos nos ha permitido también enriquecer la experiencia y la relación con las mujeres embarazadas del territorio, ya que la continuidad de los eventos en el embarazo y en los primeros meses-años de vida de los niños es muy evidente.

Estamos elaborando por cada niño un "cuaderno" de la memoria de su vida, donde la mamá es un sujeto importante de observación y de intervención frente a los problemas que su hijo va enfrentando.

La Desnutrición

Para hacerle la guerra a este problema, hemos mantenido una observación constante del peso de cada niño. Cada una de nosotras tiene un sector y a través de las visitas domiciliarias recogemos la información en tablas sencillas.

Cada 6 meses nos reunimos para hacer una evaluación de los datos y buscar las principales causas de la desnutrición.



Ellas fueron:

- 1 el frecuente abandono de los padres con consecuente desintegración de la familia, hace que la mujer-madre deba sostener la carga económica de casa, educación, alimentos de los hijos; este dato aparece con alta frecuencia en el contexto de los niños desnutridos de nuestro territorio;
- 2 la situación económica de los pobres de esta periferia es cada vez más precaria y el aumento de los productos de la canasta básica en 1996 ha sido insostenible respecto a los salarios de la población;
- 3 la propuesta de alimentos "chatarra" y una deficiente información sobre las calidades de los alimentos que están al alcance está creando un modelo de consumo inadecuado y dañino para los niños;
- 4 La frecuencia de las enfermedades evitables.

Entonces identificamos prioridades y pusimos en marcha acciones.

En el año 1994 la Unidad de Salud de San Jacinto en colaboración con el programa Mundial de Alimentos gestionó un proyecto nutricional en apoyo a nuestras acciones con la distribución mensual de alimentos a las familias de los niños desnutridos, previa nuestra referencia.

El programa dio resultados pero no pudo continuar.

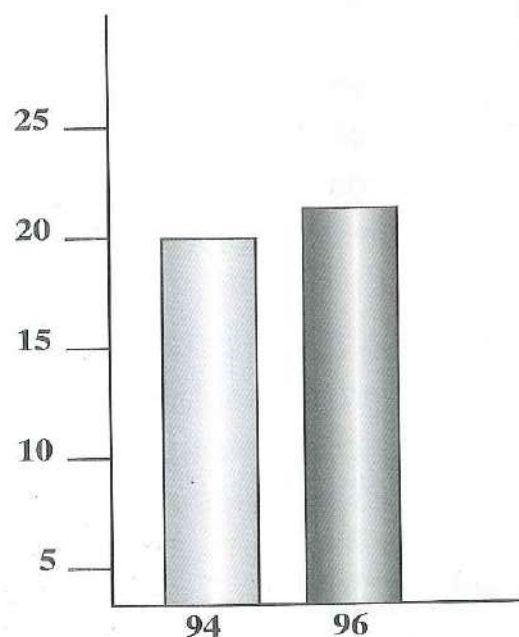
A raíz de este programa se involucraron distintas personas para crear un Banco de Leche y poder así enfrentar las situaciones más críticas. Esta iniciativa está continuando.

Frente a un problema cultural que se piensa tenga su influencia en el hábito alimenticio de la población, estamos elaborando un manual de nutrición y alimentación con una propuesta sencilla de "buen uso" de los recursos del medio, facilitando menús sencillos con mezclas de alimentos que pueden mejorar la nutrición de los niños.

Y aquí está lo que pudimos observar en dos sectores de nuestro territorio:

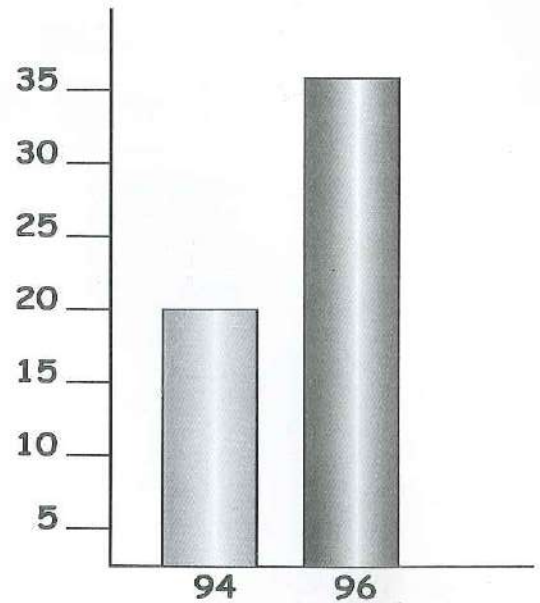
Sector Florida

| Ene. 94 | | Ene. 96 |
|---------|-----|---------|
| N | 80% | 78% |
| I | 18% | 18% |
| II | 2% | 4% |
| III | 0% | 0% |
| | 20% | 22% |



Sector Central (Colonia Santa Carlota)

| Ene. 94 | | Ene. 96 |
|---------|-----|---------|
| N | 80% | 68% |
| I | 16% | 26% |
| II | 4% | 8% |
| III | 0% | 2% |
| | 20% | 36% |



Con estos datos, fuimos a nuestras comunidades y con ellos tratamos de descubrir los que nos decían:

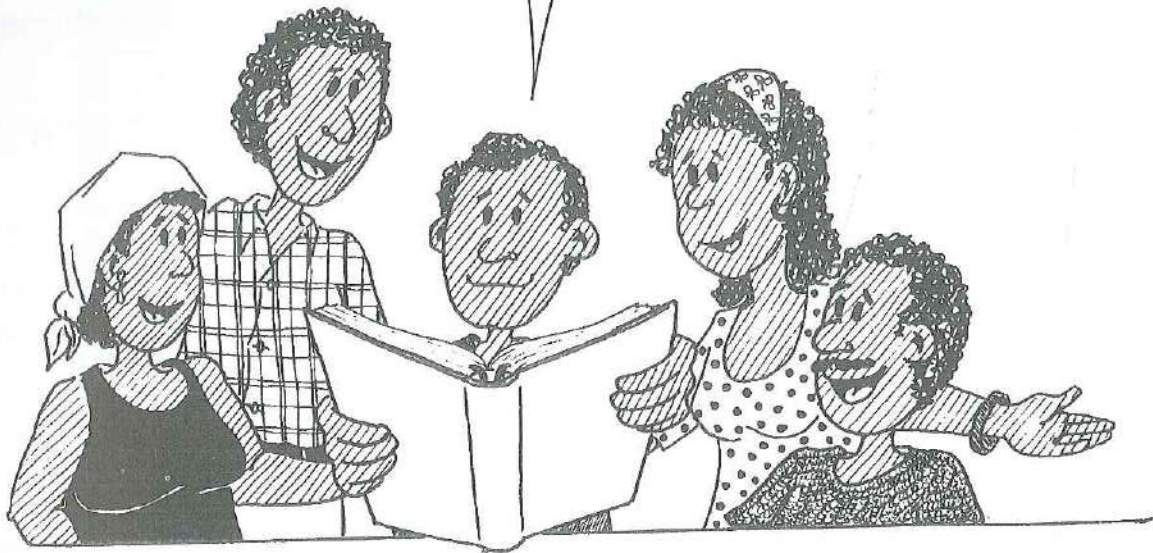


Los dos sectores están cercanos pero la situación es diferente: en uno ha mejorado la desnutrición y en otro ha empeorado. ¿Por qué será?

Hoy en día la vida está dura y a pesar de que estemos pendiente del problema de la desnutrición, en algunos lugares sigue ganando.

Esto nos dice que en nuestro territorio hay grupos que están más en riesgo y por lo tanto debemos trabajar más allí donde más lo necesitan.

Compañeros, que les pareció la experiencia que viven las promotoras del Salvador?



La experiencia del El Salvador se refiere a un área urbana donde el territorio es pequeño y la población es bastante grande, mientras que la de Borbón se da en un área rural, con un territorio extenso, donde las comunidades están lejos y donde hay una población dispersa.

Las compañeras del Salvador hicieron un perfil de la comunidad (diagnóstico), priorizaron los problemas más importantes, escogieron los grupos de riesgo, como hicimos nosotros.

Pero yo creo que hay muchos puntos en común, a pesar de ser realidades diferentes y con problemas diferentes.

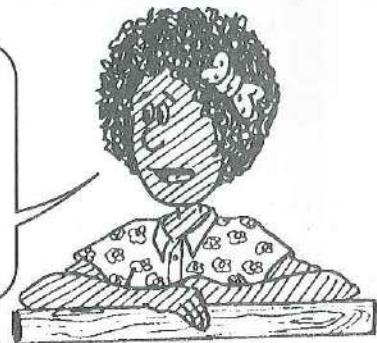


Elas se han planteado metas muy ambiciosas como que ningún niño se muera antes del año, que ningún anciano este abandonado; eso es muy bueno para dar mejor seguimiento a los problemas.



A mi me llamó la atención el seguimiento que lograron hacer a las mujeres con problemas en el Papanicolau y a los recién nacidos y como registran bien la información en las fichas. Nosotros también lo hacemos pero tenemos algunas dificultades porque las comunidades están dispersas. Debemos buscar como mejorar en esto.

Con un trabajo bien documentado ellas pudieron analizar la información y programar acciones. Siempre lo de documentar se hace un poco difícil para nosotros pero es muy importante para luego poder analizar.



Como en Borbón, también en el Salvador hacen visitas domiciliarias, dialogan con la comunidad que les colabora bastante, evalúan lo que hacen, sacan tasas.

En otras palabras el estilo de trabajo es el mismo y la comunidad es el centro de todo, el punto de partida y de llegada de cada intervención.



Y los dos grupos, sin conocernos, sentimos la necesidad de escribir la memoria de nuestra intervención y de comunicarla para que otros promotores se animen a compartir sus experiencias.



Da mucha alegría compartir una misma ilusión y un mismo compromiso aunque estemos lejos y en realidades diferentes! Nos ayuda además a conocer experiencias diferentes y maneras diferentes de hacer epidemiología comunitaria.



Además, compañeros, se fijaron que los dos grupos estamos trabajando codo a codo con el equipo de salud que comparte nuestra ilusión, nos apoya en las dificultades y nos orienta en las acciones?



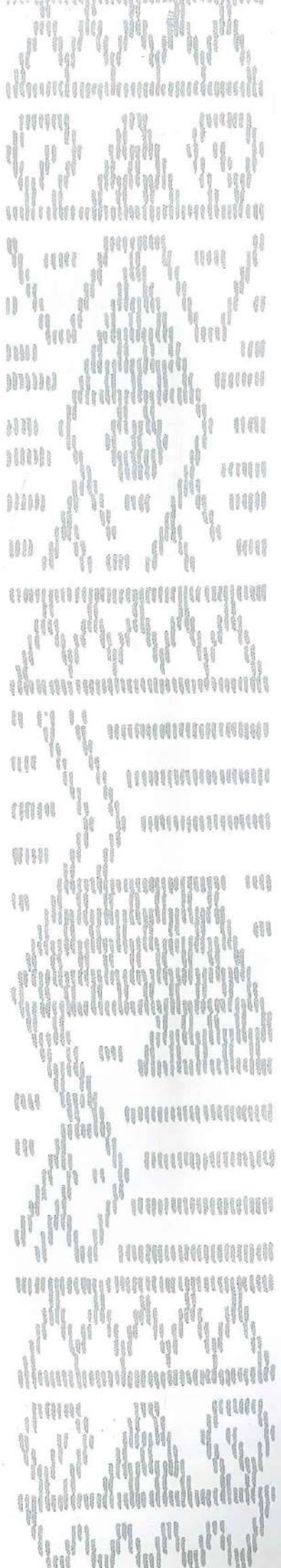
Otra cosa, compañeros: en Borbón como en el Salvador hubo un gran esfuerzo para coordinar acciones entre diferentes instituciones que quieren trabajar en salud en nuestras comunidades. Esto es muy importante porque de esta manera se unen los recursos humanos y económicos, no se desperdician energías y se trabaja juntos para un mismo fin.



En la historia de nuestras compañeras salvadoreñas hay algo importante que nosotros no hemos vivido: son los sufrimientos y la lucha en contra de la represión que tuvieron que enfrentar para defender el derecho a la vida digna y a la salud. Y esta lucha común las ha unido más y ha fortalecido el compromiso de todos.

Sección III

Palabras clave de
la epidemiología comunitaria



Capítulo 5

EL DIÁLOGO

Si hemos leído atentamente los capítulos con el recuento de la experiencia de Borbón y de El Salvador, nos damos cuenta que hay un "estilo" común de trabajo, aunque las realidades sean diferentes.

Ese estilo común se puede resumir en algunas palabras clave que ahora vamos a profundizar un poco.

El diálogo es la médula de nuestro trabajo, pero.....

¿ Cómo dialogar ? ¿ Cuándo dialogar ? ¿ Diálogo entre quiénes ?

¿ Cómo dialogar ?

- ☛ En primer lugar hay que tener actitud para dialogar:
 - considerar que los conocimientos técnicos no son propiedad exclusiva de un grupo.
 - Que para aplicar los conceptos técnicos hay que tomar en cuenta la situación local.
- ☛ En segundo lugar, se necesitan unas herramientas. Las dos experiencias nos ponen a disposición algunas de ellas que nos permiten realizar el diálogo.

Estas herramientas deben ser adecuadas para que el mensaje que se quiere transmitir llegue claramente a los interesados. Aquí es muy importante conocer las situaciones de vida y la cultura de las personas que son sujetos de este diálogo.

Compadre, aquí van algunas de las herramientas que usamos:



El cuaderno del promotor.

Este cuaderno es un poco nuestra memoria. Allí anotamos las placas que tomamos, los positivos, las actividades que hacemos en nuestra comunidad para combatir el paludismo. También van los controles de peso que realizamos a los niños menores de 5 años, el registro de nacimientos, las muertes, las historias de vida. Esta información nos sirve para saber y medir lo que pasa; para hacer también nuestras investigaciones que nos permiten profundizar más el tema y para planificar acciones.

Carpeta Comunitaria.

La carpeta comunitaria es un poco como una fotografía de la comunidad. Allí recogemos la información importante para nuestro trabajo en bien de la misma comunidad.

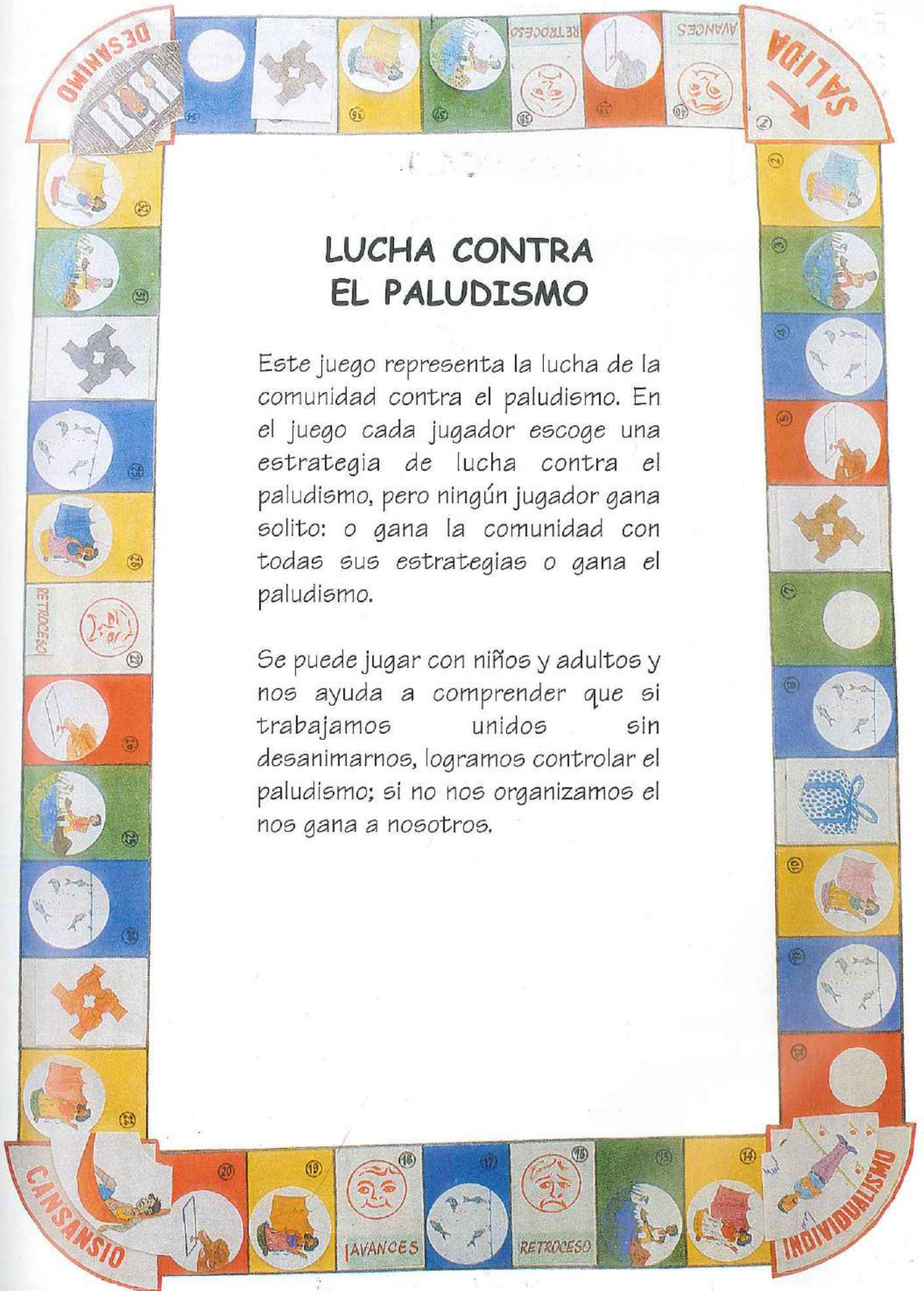
Hay el censo de la población, el croquis, las organizaciones presentes en la comunidad; las personas que están al servicio de la comunidad (promotores, auxiliares, parteras, profesores, etc.) y los grupos de riesgo (embarazadas, menores de 5 años, enfermos crónicos, desnutridos). También anotamos lo que se discute y decide en las asambleas comunitaria.



Es una herramienta muy importante porque con una mirada tenemos la imagen de la comunidad.

Juegos didácticos

Los juegos didácticos fueron preparados por los profesionales que nos asesoran.



Este juego fue preparado para dar a conocer a la población la enfermedad de la oncocercosis: como se agarra, como se manifiesta y como se puede tratar.

LA ONCOCERCOSIS



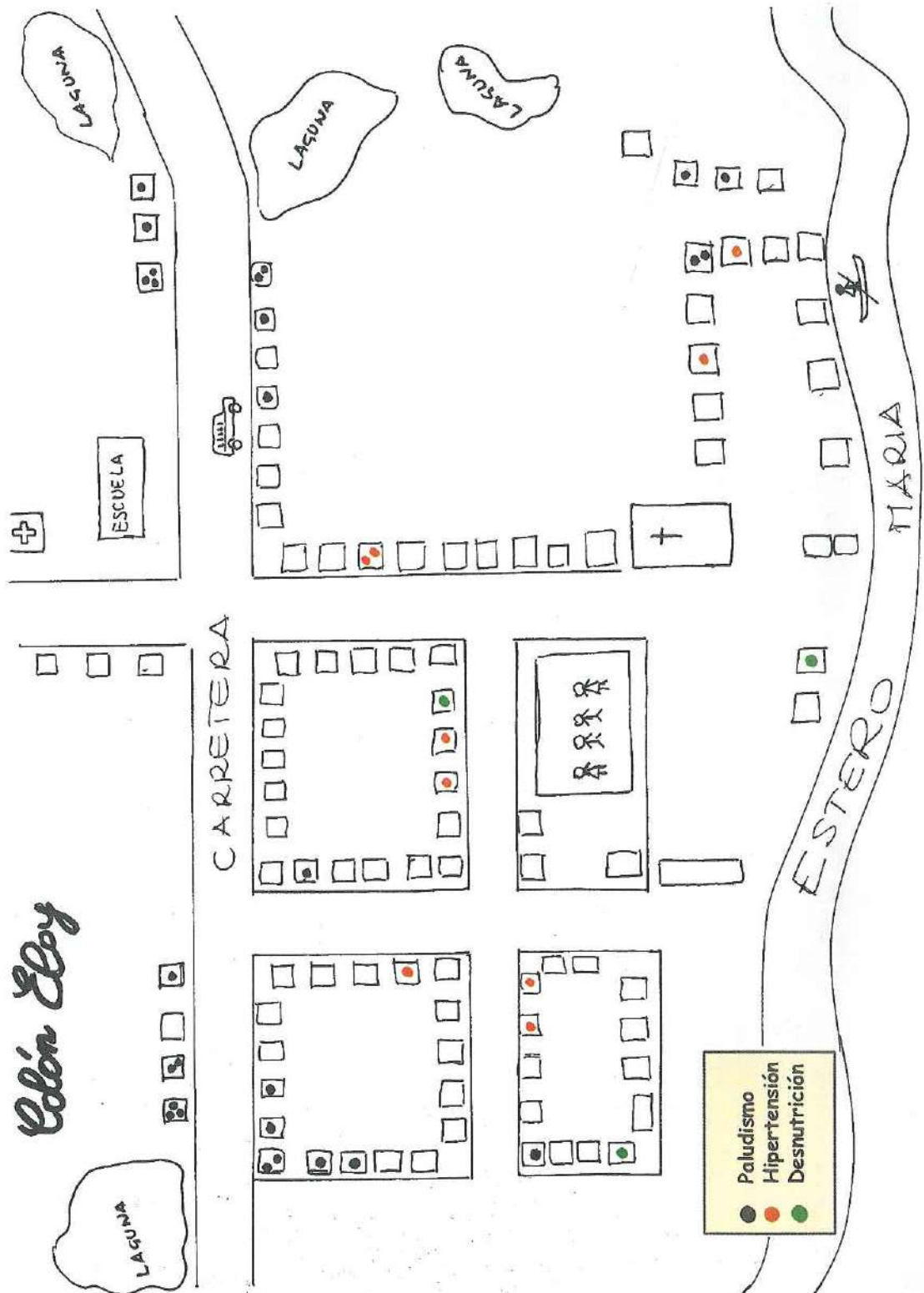
MLAL - CEI ONCO 92 - 93

AE - ECUADOR

Mapa Epidemiológico.

En algunas comunidades hicimos un mapa epidemiológico con el croquis de la comunidad donde marcábamos con colores diferentes las principales enfermedades presentes en la comunidad.

Un ejemplo:



Mirando este mapa nos fijamos que la mayor parte de los casos de paludismo se daban en las extremidades del pueblo.

Conversamos con la comunidad y encontramos la razón: alrededor de esas casas hay muchas lagunas de aguas estancadas que son criaderos de zancudos.

¿ Cuándo dialogar ?

El diálogo debe ser una actitud permanente: es decir debe estar presente en todos los momentos o etapas de nuestro trabajo.

- ☞ Durante el diagnóstico.
- ☞ Durante la ejecución de las actividades.
- ☞ Durante la evaluación.

¿ Diálogo entre quiénes ?

Saquemos algunos ejemplos de nuestra misma experiencia.

● Entre el personal de salud y las personas

- ☞ Un ejemplo importante lo encontramos en la experiencia de El Salvador. Los promotores cuentan: "visitamos de casa en casa, explicamos a las mujeres qué es la citología, hablamos con los esposos, hemos elaborado folletos para explicar qué es la citología". "Cada 6 meses las promotoras de salud realizábamos el control de cobertura del Papanicolau a través de visitas a domicilio, estábamos más pendientes de los casos más en riesgo, motivando a las mujeres a no abandonar sus controles y se recogía en una ficha el control y el seguimiento de cada mujer".

☞ En la historia de Lucetty (Area Borbón), así cuenta la auxiliar de enfermería: "Fui a la casa y hablé con la mamá y la abuela para que se preocuparan más y llevaran cada semana a la niña al subcentro para el control del peso"..... "Algunos días después entró un equipo de salud y juntos fuimos a la casa y quedamos largo rato conversando con la mamá para convencerle que todavía la niña podía salvarse.

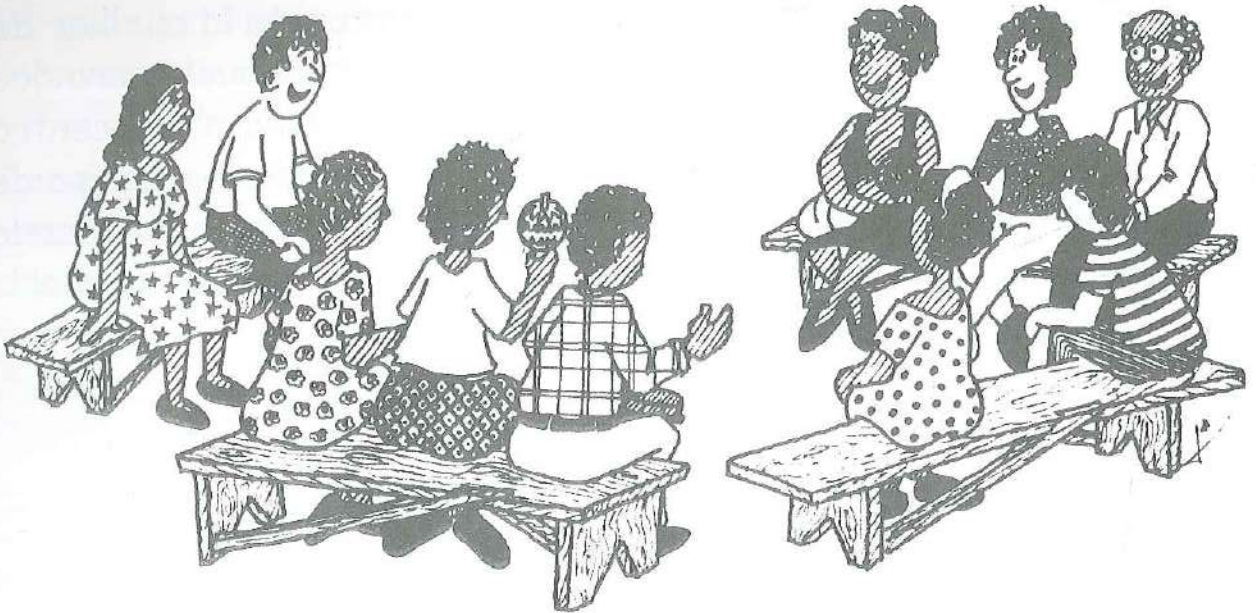
☞ Otro ejemplo de diálogo puede ser la consulta médica.



● Entre el personal de salud y la comunidad

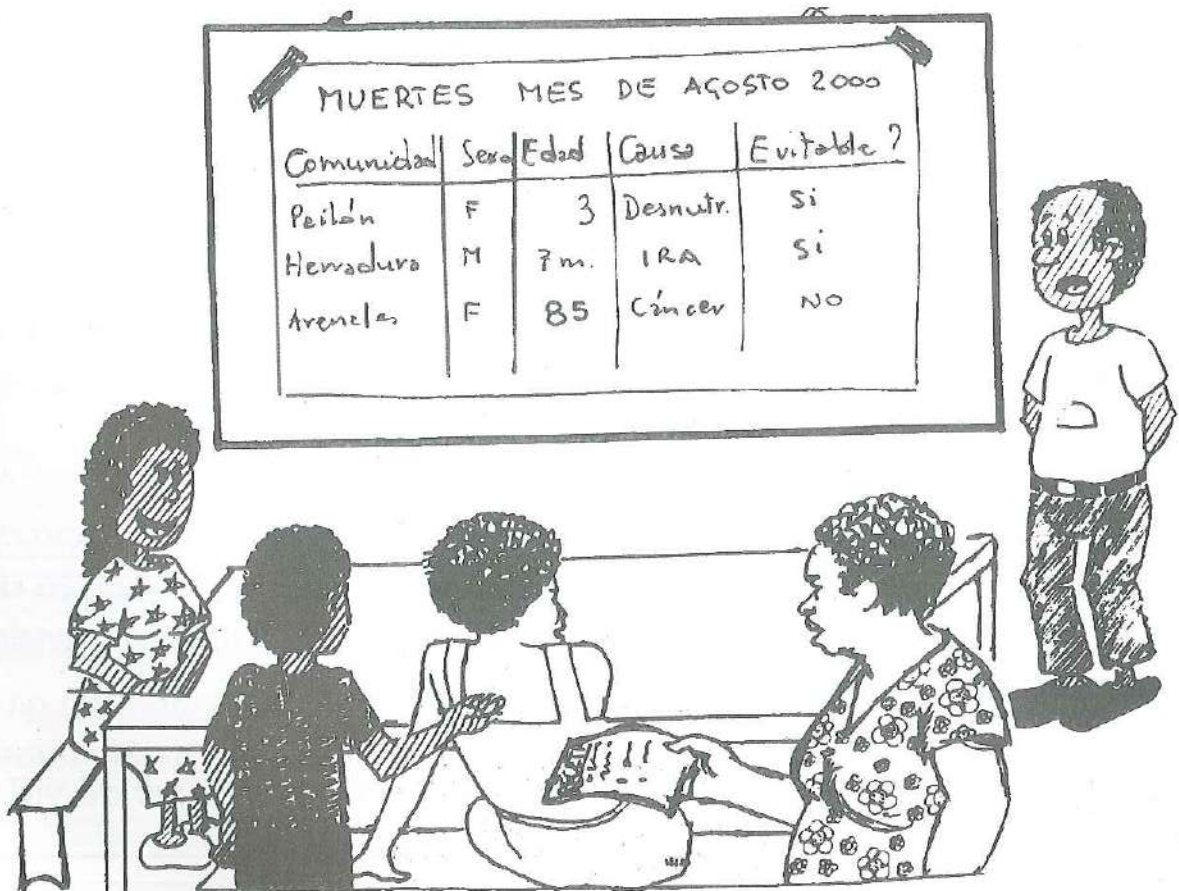
☞ Las asambleas comunitarias son el momento privilegiado para el diálogo entre personal de salud y comunidad. En ese momento hay un verdadero diálogo: la comunidad da a conocer lo que vive y cómo lo vive, y el personal de salud pone en común sus conocimientos técnicos para que la comunidad se apropie de ellos y tome mayor conciencia de su realidad. Sólo así la comunidad podrá llegar a ser protagonista de su historia: esta historia no será sólo "sufrida" sino también "vivida, luchada, vencida".

Un instrumento para producir este diálogo son las Historias de vida.
(Ver capítulo 7)



● Entre el mismo personal de salud

☞ Durante los cursos, las reuniones de monitoreo, los encuentros de evaluación. En estos momentos, cada uno conoce más a fondo su propia realidad pero conoce también la realidad más grande de las otras comunidades o barrios y de toda el área (el rompecabezas del que se habla en el capítulo inicial sobre la comunidad).



● Entre el área de salud y el personal de salud

☞ En Borbón, el día 22 de cada mes, los médicos, las auxiliares de enfermería y algunos promotores nos reunimos para poner en común lo que está pasando en nuestras comunidades. Estas reuniones están dirigidas por la coordinadora del área.

Con estos encuentros (que llamamos reunión de monitoreo mensual) todos nosotros damos seguimiento a lo que pasa no sólo en nuestra comunidad, sino en la mayoría de las comunidades del área y podemos programar las actividades para dar respuesta a los problemas que encontramos.

Una de las maneras que utilizamos para dialogar es el análisis de una historia de vida.

☞ Este mismo diálogo se da durante los cursos de capacitación para nosotros promotores y auxiliares. Nosotros llevamos a los demás compañeros y a los responsables del área las inquietudes y los problemas que encontramos en nuestras comunidades y buscamos soluciones.

● Entre el área de salud y la comunidad

☞ Para seguir con ejemplos de nuestra misma experiencia, ¿recuerdan lo que pasó luego de la muerte por paludismo de la niña Francisca?

Un equipo médico del área de salud fue a la comunidad afectada y realizó una asamblea en la cual se profundizó en el conocimiento del problema y se llegó a buscar respuestas.

Se realizó una búsqueda activa de casos y juntos, equipo y comunidad, planificaron las acciones para hacerle la lucha al paludismo.

☞ Otro ejemplo de diálogo entre el área y la comunidad es el momento en que el área discute y analiza los resultados de la evaluación anual con la comunidad.

Les presentamos un ejemplo:

Discusión con la comunidad de Colón Eloy sobre los datos de evaluación de 1998

Cuando hablamos de Epidemiología comunitaria en seguida debemos pensar en dos ideas fundamentales:

LA COMUNIDAD

que debe ser la protagonista del trabajo de salud. Es un poco el centro del cual partimos y al que regresamos continuamente para conocer, analizar, actuar y evaluar.

EL DIALOGO

es una herramienta importante para nuestra relación con la comunidad que permite involucrarla en la solución de los problemas

He aquí una experiencia concreta que realizamos un grupo de Promotores de salud y Auxiliares de enfermería del Río Santiago: discutir con la comunidad algunos aspectos de la intervención en salud.







Antes de hacer la asamblea en la comunidad, nos reunimos entre compañeros/as con la ayuda de un asesor analizamos los datos de la microárea de Colón Eloy y preparamos los papelógrafos para presentar esos datos a la comunidad.

Al día siguiente hicimos la asamblea en la que participaron 60 personas. Los puntos que discutimos fueron:

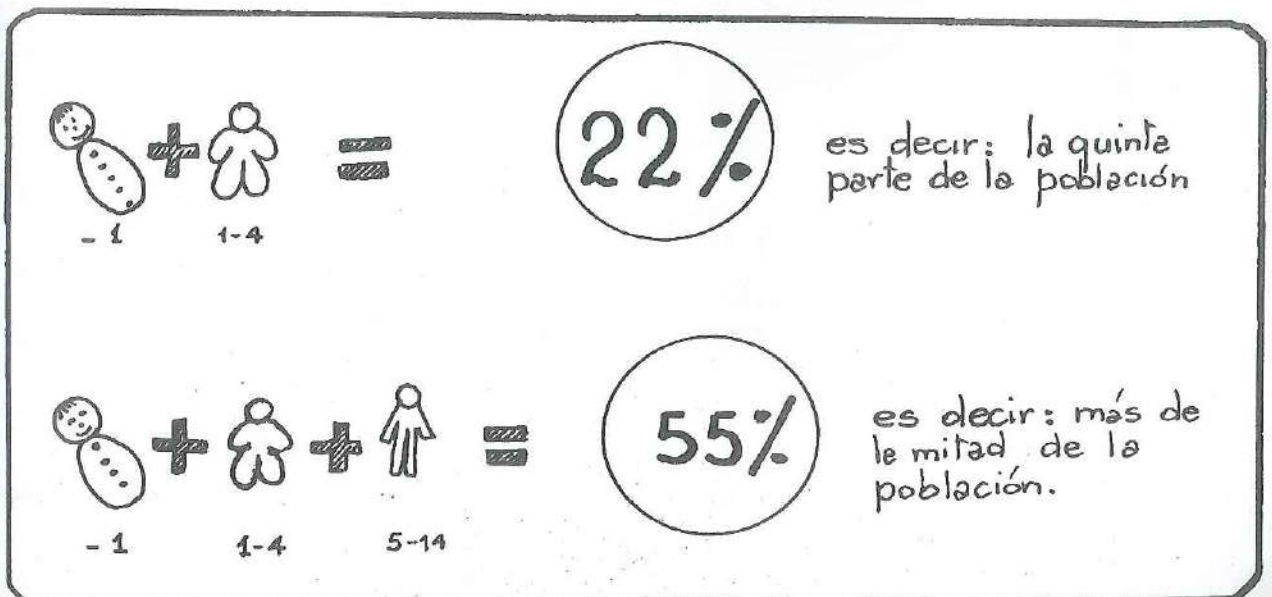
- presencia del personal de salud en las comunidades de la microárea, es decir cuántas veces en el año el personal visitó cada comunidad y qué trabajo realizó.
- fracasos
- éxitos

Iniciamos presentando unos cuadros sobre población de la microarea

Cuanta gente vive en las 5 comunidades de la microarea de Colon Eloy-?

| | |
|---|---|
|  menor de 1 año = 55 |  15-44 años = 456 |
|  1-4 años = 192 |  45-64 años = 123 |
|  5-14 años = 379 |  mayor de 65 años = 50 |
| POBLACION TOTAL = 1.129 personas | |

¿Cuáles son los grupos de edad mas numerosos

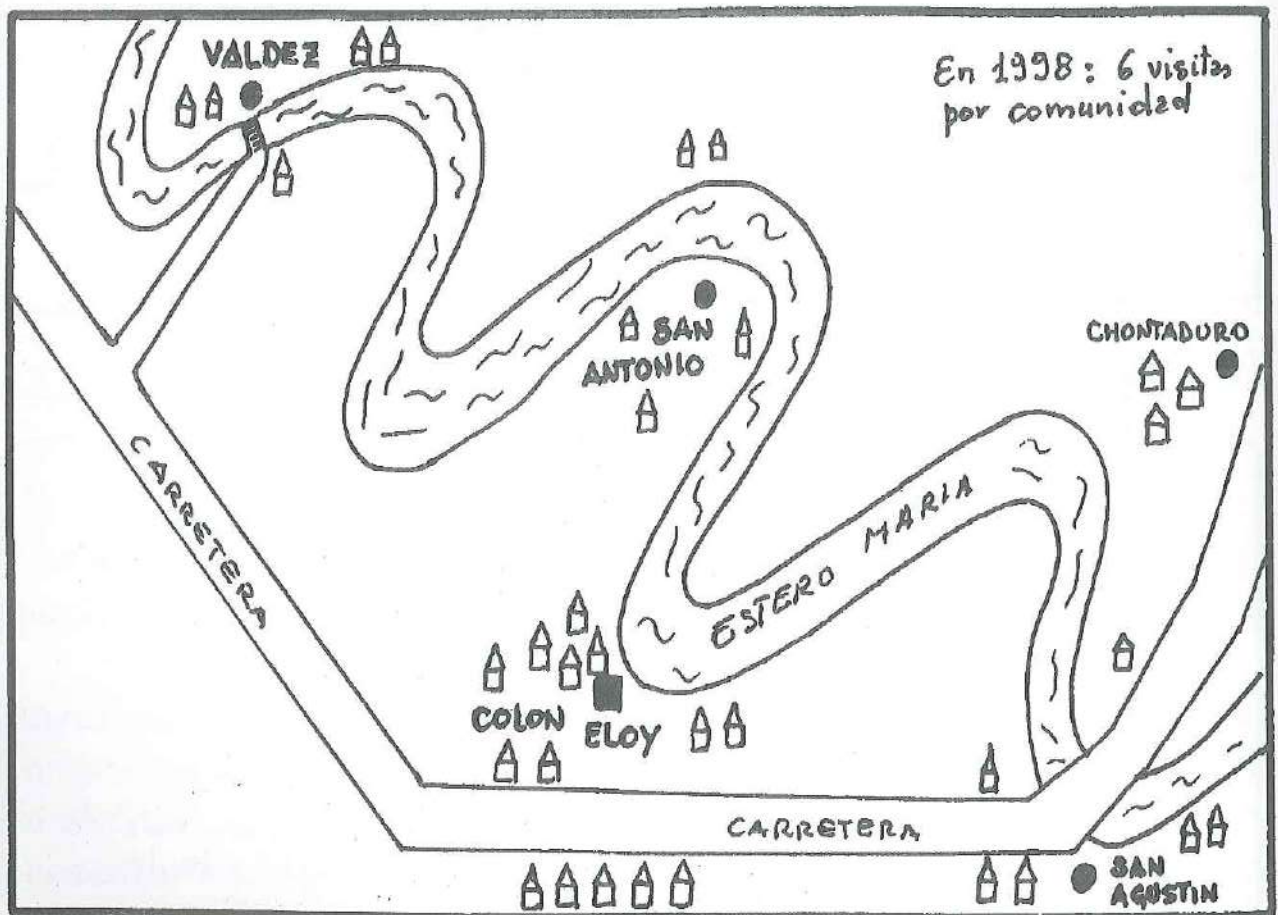


1. PRESENCIA DEL PERSONAL DE SALUD EN LAS COMUNIDADES

Durante el año, el personal de salud visita a las comunidades de su microárea y desarrolla las actividades del paquete comunitario. Eso es lo que pasó en la microárea de Colón Eloy.

Un compañero promotor presentó un papelógrafo de la microárea y de las actividades realizadas.

MAPA DE LA MICROAREA



Actividades realizadas
en cada visita:

Atención de enfermos



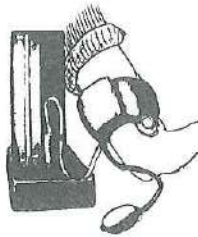
Control peso menores 5
años



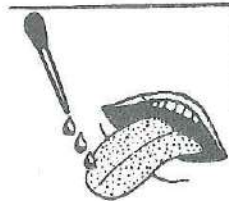
Control de embarazadas



Control de hipertensos



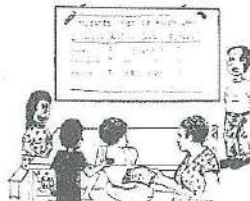
Vacunaciones



Asamblea comunitaria



Charlas educativas



Reuniones con comité
de salud.



ASI COMENTA LA COMUNIDAD



Consideramos que las visitas a las comunidades han sido suficientes y que el trabajo realizado ha sido bueno. Sin embargo vemos que hay actividades que se han hecho más que otras, por ejemplo: el control de peso de los niños, el control de las embarazadas, la atención de enfermos... ¿Por qué?

Porque es más fácil trabajar con los enfermos, los niños, las embarazadas... ellos acuden sin problemas al control. Cuando se trata de reunirse para una charla o para una asamblea la gente no acude mucho.

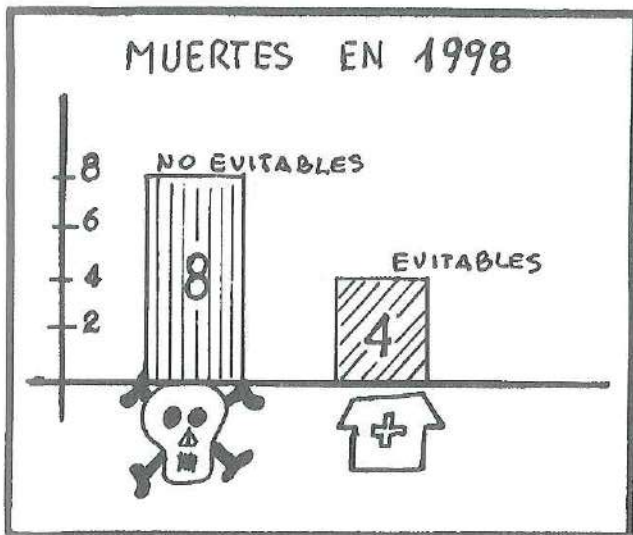
¿Cuáles son las actividades que más contribuyen a producir un cambio



Lo más importante es la asamblea comunitaria para que la gente se entere de lo que pasa y colabore a solucionar los problemas. También es importante la charla educativa porque así la gente aprende y cambia de actitud.

2. LOS FRACASOS

Cuando alguien se enferma de gravedad o muere por algo que se podía muy bien curar (muerte evitable), lo consideramos un fracaso en nuestro trabajo



He aquí lo que pasó en la microárea durante 1998:

La tercera parte de las muertes se podía evitar si se hubiera intervenido con tiempo y de manera adecuada ya que sencillamente se trataba de diarreas y desnutrición.

ASI COMENTA LA COMUNIDAD

Lo que pasa es que muchos no entienden que hay muertes que se pueden evitar porque si se trata correctamente la enfermedad no mata. Se puede curar.



Algunos ejemplos: la diarrea, el paludismo, las infecciones respiratorias, la misma desnutrición. Si se tratan bien son enfermedades que se curan. Pero a veces los padres son descuidados y no llevan al niño a la unidad de salud.

Pero a veces falla el personal de salud que no hace lo correcto o no tiene con qué intervenir.



Es que nosotros el personal de salud no somos constantes en la educación a la comunidad.

¿Qué edad tenían los muertos ?

De los 12 muertos, 8 son niños menores de 5 años



← Mortalidad de los menores de 1 año

ASI COMENTA LA COMUNIDAD

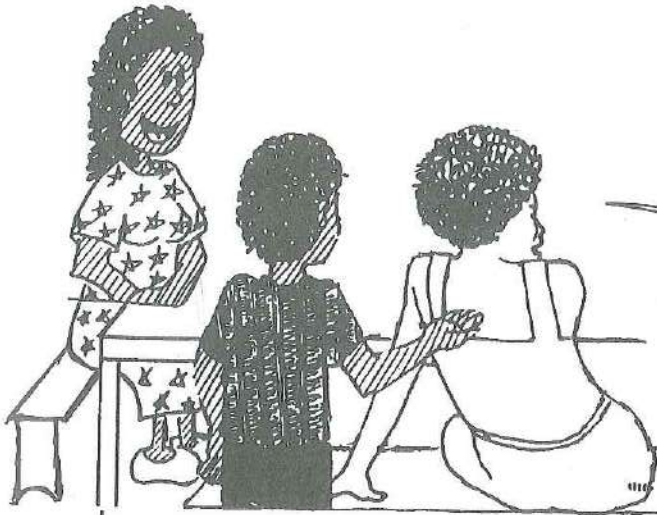
La población infantil es la que tiene más riesgos de enfermar y de morir.



Hay que trabajar más con ellos porque normalmente los niños no deberían morir.

también hay que aumentar la educación a las mamás.

Mucho influye también la costumbre de la gente en cuanto a alimentación y cuidados.



Por ejemplo: muchos piensan que la comida es para quien trabaja más duro: el niño, como no trabaja, recibe lo que sobra.

Otros creen en la bruja, en el malaire, en los daños y entonces piensan que las medicinas no sirven.

Aquí en nuestro medio los problemas más graves y lo que más nos preocupa actualmente son la desnutrición y la diarrea. En eso debemos trabajar más

¿ De qué han muerto los niños?

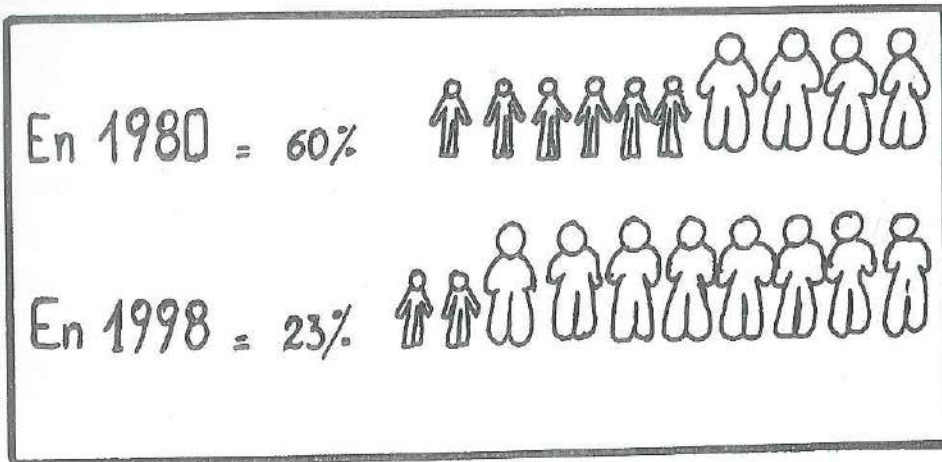
| CAUSA Y MUERTE Y CASOS GRAVES | | |
|-------------------------------|---------|--------------|
| CAUSA | MUERTES | CASOS GRAVES |
| DESNUTRICION | 1 | 1 |
| DIARREA | 2 | 3 |
| DESCONOCIDA | 4 | |
| NO APROVECHA LA COMIDA | 1 | |



3. EXITOS

Cada vez que se logra evitar una muerte y disminuir el número de casos de una enfermedad evitable en la comunidad (paludismo, desnutrición....), lo llamamos ÉXITO.

EXITO CON DESNUTRICION.



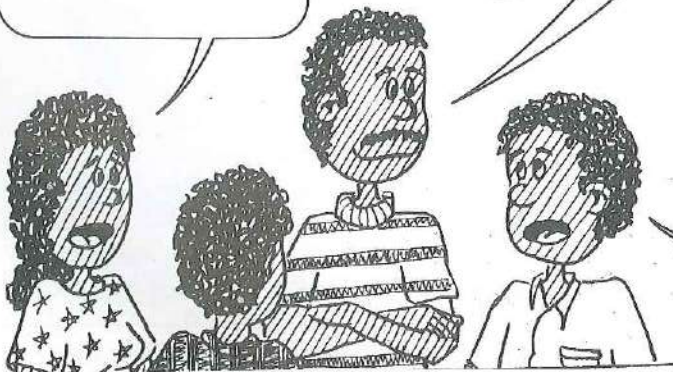
ASI COMENTA LA COMUNIDAD

En esto hemos mejorado bastante:
¿POR QUE?



Porque se hacen más controles y se descubren a tiempo los que están desnutridos.

Porque se cuidan también de otras enfermedades como la gripe, la diarrea, el paludismo. Cuando el niño se enferma muy a menudo no come y se desnutre.



Por el mejor seguimiento a los niños.



Hay mamás que cuidan más a sus niños.

El control de las embarazadas evita que nazcan niños de bajo peso.

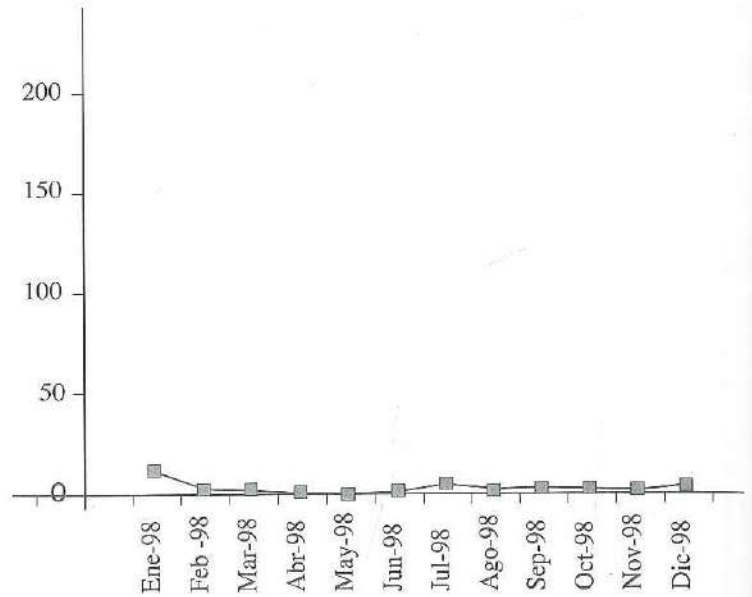
El trabajo con las guarderías ha mejorado la alimentación de los niños

Hay más capacitación del personal de salud. Cada vez se aprenden más cosas y saben atender mejor.



Ha mejorado la alimentación.

EXITO CON EL PALUDISMO:



También al paludismo le estamos ganando.

¿A QUE SE DEBE QUE LE GANAMOS AL PALUDISMO?

Por el buen trabajo realizado: impregnamos los toldos, sembramos los pecesitos, se hace educación a la comunidad.

Ahora que el paludismo está tan bajo hay que tener mucho cuidado porque la gente no tiene defensas y puede morir si no se trata con tiempo.

Pero también se hace un diagnóstico rápido y un tratamiento oportuno además de hacer la profilaxis a desnutridos y embarazadas.

NUNCA HAY QUE BAJAR LA GUARDIA CON EL PALUDISMO PORQUE PUEDE VOLVER Y MATAR



CONCLUSIÓN

¿por qué ha sido posible realizar este diálogo con la comunidad?

- ☞ En primer lugar porque esta es nuestra manera de trabajar: es parte del paquete comunitario que aplicamos cuando se visita una comunidad. Este paquete contempla actividades de atención a los enfermos, actividades de prevención, actividades educativas y de conversación con la comunidad (asambleas y reuniones con el comité de salud donde existe).
- ☞ En segundo lugar porque durante el año tratamos de recoger la información lo más completa posible. Anotamos el peso de los menores de 5 años cada vez que los pesamos, anotamos los niños que nacen y su peso al nacer, los casos de paludismo que aparecen en nuestra comunidad, los muertos y los casos graves con sus respectivas historias. Esto lo hacemos cada vez que realizamos nuestro trabajo y luego lo ponemos en común en la Jefatura de área cuando nos encontramos para los cursos o cada mes en la reunión del monitoreo de actividades (en el caso de las auxiliares de enfermería).
- ☞ En tercer lugar porque entre compañeros, analizamos la información que recogemos con la ayuda del personal profesional de salud que nos acompaña.

¿Cuál es la utilidad de este diálogo con la comunidad ?

La comunidad:

1. Se entera de lo que pasa y de la magnitud de los problemas.
2. Entiende y toma conciencia del por qué pasan las cosas.

3. Se entera de donde están las fallas y los aspectos más débiles que hay que fortalecer.
4. Se anima al ver resultados positivos y participa activamente en las actividades programadas.

Capítulo 6

MONITOREO - SEGUIMIENTO

En las dos experiencias que se relataron en este manual, aparece otro aspecto de nuestro trabajo, que es al mismo tiempo, una de las principales tareas de la Epidemiología comunitaria. Este aspecto lo podemos resumir con las palabras SEGUIMIENTO - MONITOREO.

Para entenderlo mejor analicemos una historia de vida.

José, de 48 años fue diagnosticado positivo por tuberculosis en noviembre de 99 en el hospital de Borbón. En el hospital le dieron tratamiento por un mes y regresó a su casa. La coordinadora de área señaló el caso al equipo de salud de referencia compuesto por dos médicos y dos auxiliares de enfermería para que le dieran seguimiento. El equipo llevó los medicamentos a su unidad de salud para que el paciente no tuviera que bajar hasta Borbón cada mes para retirar sus medicinas.

José nunca mandó a ver los medicamentos, el promotor de salud de su comunidad tampoco se preocupó de ver si estaba tomando el tratamiento, y el equipo de referencia no se preocupó de enviar las medicinas ni de averiguar qué había pasado con el paciente.

En el mes de marzo del 2000 José falleció.

Esta historia es bien triste compadre

Así es. El pobre José llegó a conocer su enfermedad, tenía posibilidad de conseguir medicinas para curarse y terminó mal.

El problema es que ni el promotor ni los médicos se han preocupado de darle seguimiento.

Si ni siquiera nosotros nos preocupamos de nuestra propia gente, los pobres estamos jodidos!

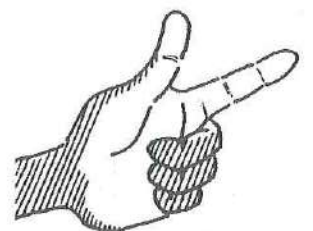


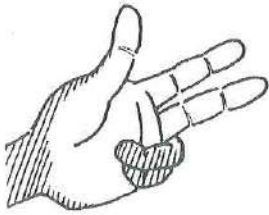
Los compañeros tienen toda la razón. El caso de José nos ayuda a comprender algunas cosas:



-Para tener éxito no basta con poseer los medios materiales a nuestro alcance: laboratorio, medicinas, etc. En el área de salud había laboratorio para hacer el diagnóstico, había medicinas para tratar la enfermedad, pero faltó la preocupación para el paciente y el seguimiento a su problema.

-Dentro de la población de una comunidad, una persona con tuberculosis es parte de los "desfavorecidos" o en otras palabras, es parte de un grupo de riesgo, cuyas personas necesitan más atención y que muchas veces son los más abandonados.



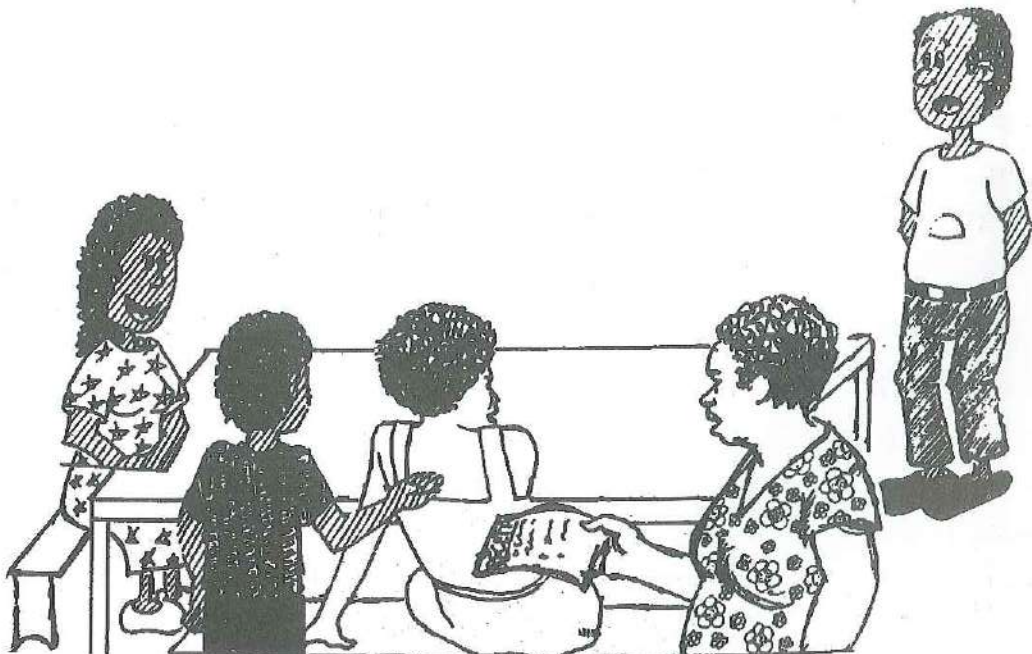


-La falta de seguimiento a un paciente que termina con su agravamiento o su muerte, es una clara falta de respeto al derecho a la vida que tenemos todas las personas.

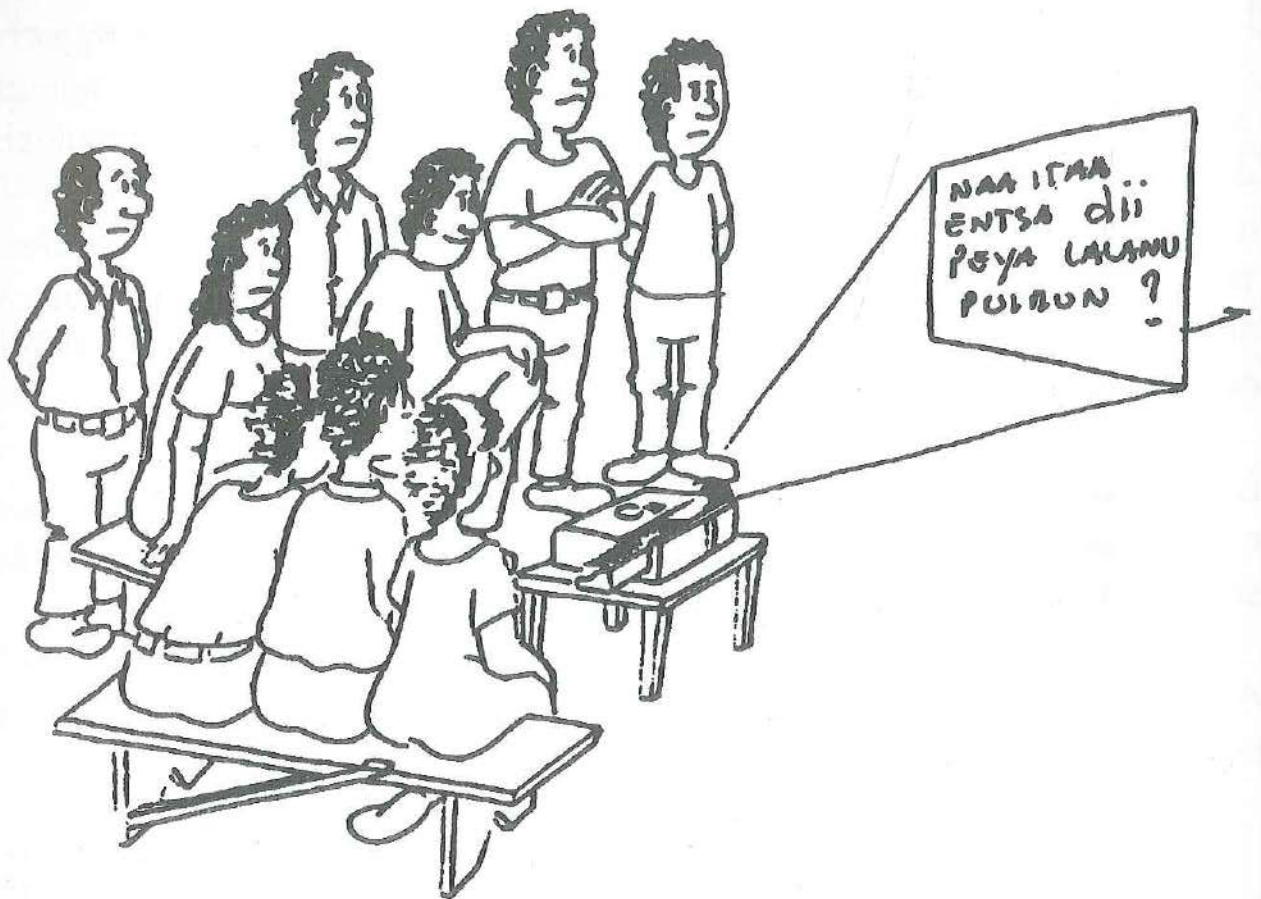
La historia de José y de muchos otros que en estos años han muerto de tuberculosis por ser "abandonados", nos ha motivado a tomar en serio el problema del abandono. Revisando los datos de tuberculosis de nuestra área nos dimos cuenta que 6 personas enfermas sobre 10 abandonan el tratamiento, lo que implica, muertes evitables, transmisión de la enfermedad, resistencia a los medicamentos. Y además, que el problema está en el área indígena, de más difícil acceso geográfico y cultural.

Decidimos entonces, con nuestra coordinadora de área, conocer por qué los pacientes abandonan el tratamiento y por qué el equipo de salud está tan desmotivado en dar seguimiento.

A partir de eso organizamos una capacitación a los compañeros promotores y auxiliares de la microárea con el problema.



El paciente no vive aislado; es parte de una comunidad por lo tanto también involucramos las comunidades para que tomaran conciencia del problema y ayudaran a los enfermos a no dejar su tratamiento. Los promotores y auxiliares chachis decidimos preparar un audiovisual en nuestro idioma para que la gente entendiera mejor.



Por último se hizo la búsqueda activa de casos, realizando los exámenes pertinentes a los sintomáticos respiratorios con un laboratorio móvil.

Una vez detectados los pacientes se realizaron entrevistas individuales con cada uno de ellos para explicarle el riesgo que corrían al abandonar el tratamiento.



Familiares de los enfermos, promotores de salud y profesores se hicieron cargo de dar seguimiento diario a un paciente para que no abandone el tratamiento.



Bueno compadre, todo este trabajo ¿está dando resultados?

Vea Usted mismo:



Se trataron 22 pacientes:

El 100% de los pacientes diagnosticados han tenido seguimiento periódico.

El 100% de los pacientes diagnosticados está cumpliendo con el tratamiento.

El 82 % de los pacientes ya han terminado su tratamiento entre febrero y marzo de 2001



¿Qué le parece compadre?

Creo que esta vez dimos en el clavo.



¿Se dan cuenta que a la lista de las palabras clave en Epidemiología comunitaria añadimos una más que es ABANDONO?

Es decir, que los "abandonos" de un tratamiento sea de tuberculosis, desnutrición, diabetes o hipertensión, deben ser tomados en cuenta con mucha seriedad y merecen un trato especial.

Los abandonos deben pasar de ser "desfavorecidos" a ser "privilegiados" porque son los que más necesitan nuestra intervención.

Aquí viene entonces otra palabra clave que es la EQUIDAD, es decir, dar más al que más necesita, sea persona, comunidad o grupos de comunidades.

Es verdad compañeros, la palabra Equidad fue algo que guió también nuestra lucha contra el paludismo cuando decidimos intervenir con todas las medidas de control en las comunidades más afectadas y para ellas reservamos más recursos y trabajamos más.



Hemos visto hasta ahora 2 ejemplos de seguimiento a personas y comunidades.

Pero existe otra clase de seguimiento/monitoreo: es el que

hacemos para ver como cambian en el tiempo ciertos problemas en nuestras comunidades, con nuestra intervención.

Un ejemplo lo tenemos con el control de peso y la desnutrición. Hemos guardado los datos de peso en el tiempo y los hemos discutido en las comunidades, preparando unos papelógrafos, para ver lo que ha pasado y discutir con la comunidad las razones del éxito, como hicimos en Colón Eloy.

Estos son algunos datos:

AREA DE SALUD BORBON DESNUTRICION

| 1984 | | 2000 | |
|--------------------|-----|--------------------|------|
| Comunidad | % | Comunidad | % |
| S. José del Cayapa | 49% | S. José del Cayapa | 2.2% |
| Playa Grande | 27% | Playa Grande | 7.5% |
| Herradura | 47% | Herradura | 3.8% |
| San Antonio | 20% | San Antonio | 4.3% |
| Wimbicito | 30% | Wimbicito | 24% |
| Anchayacu | 38% | Anchayacu | 13% |
| Colón Eloy | 54% | Colón Eloy | 11% |

De esta manera el monitoreo de problemas, si lo hacemos periódicamente, no sólo sirve para evaluar nuestra intervención sino que se transforma en un evento que fortalece la conciencia de las comunidades y estimula la participación de todos. De esta forma el monitoreo es PARTICIPATIVO.

Capítulo 7

HISTORIAS DE VIDA COMO MOMENTO DE DIÁLOGO

A lo largo de nuestro caminar en el trabajo cotidiano, en busca de nuestros derechos fundamentales de vida y salud, hemos dialogado en diferentes momentos desde el trabajo diario hasta eventos más grandes. Uno de los momentos clave para este diálogo ha sido el cuento de historias de los éxitos y fracasos de nuestra intervención en la reunión de monitoreo.

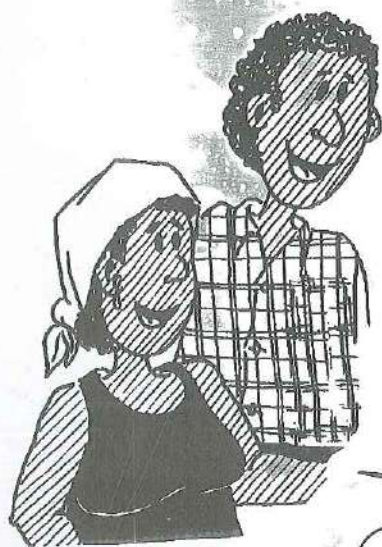
Veamos la historia de Juanita.

Juana tuvo un embarazo normal. Los controles prenatales fueron atendidos en el hospital de San Lorenzo. Durante su embarazo, la señora realizó un solo ECO en el hospital de Borbón.

Dos días antes de la muerte la señora fue internada en el Hospital de San Lorenzo por iniciar labor de parto. Era su primer embarazo y estaba a término. La presentación era de cabeza y los latidos estaban presentes. El médico de guardia le dio de alta a las 24 horas porque parecía que la labor se había interrumpido. El domingo (28/11) por la noche empezaron los dolores nuevamente despacio que duraron hasta el lunes (29/11) a las 7 de la noche. Ya después empezaron los dolores más fuertes hasta la una de la mañana que empezaron los pujos (martes 30/11). A la 1:30 de la mañana Juana dio a luz con la partera un varón de 9 libras. Por ser flaquita, por el niño de 9 libras y por los pujos que fueron fuertes y seguidos, Juana tuvo un desgarro importante. Después de una hora todavía la placenta no había salido. La partera doña Margarita, decidió llamar a la auxiliar de enfermería. Los familiares fueron a buscarla pero no la encontraron. La partera dice que Juana no tenía hemorragia, sin embargo decidieron

llevarla al hospital, pero no pudieron por las fuertes lluvias. Después que pasó la lluvia a las 4 am del martes (30/11) Juana, los familiares y la partera, se embarcaron a la canoa llegando al hospital de Borbón a las 6 am.

En el hospital la paciente llegó en buen estado de salud a pesar de su historia obstétrica (entró al hospital caminando). El médico (un interno) no logró agarrar una vía periférica por las malas condiciones de la vena. Procedió entonces a la extracción manual de la placenta sin una vía. El Interno mandó a llamar al médico residente para la sutura del desgarro. A las 8:30 de la mañana mientras la estaban suturando la paciente murió.



Juana murió: una más de las muchas mamás que mueren durante el parto.

¿Se habría podido evitar esta muerte?



Si, esta muerte era
EVITABLE

¿Cuáles han sido, entonces, los errores o situaciones que determinaron que un evento tan importante y natural como el dar a luz, un evento de vida se transforme en una tragedia y en un evento de muerte?



1

• **En el diagnóstico:**

- ni el médico, ni la partera se dieron cuenta que el parto iba a ser difícil porque el niño era muy grande.
- la partera, viendo que el parto se demoraba, debía haber transferido antes a la paciente.

• **En el manejo de la paciente:**

- en el hospital no valoraron bien que se estaba poniendo grave y no supieron atenderle como se debía.

2

3

• **Falta de responsabilidad del personal de salud:**

- La auxiliar no se pudo encontrar en la comunidad.
- En el hospital estaba sólo un interno. El médico de guardia no estaba en su puesto y demoró en atender a la señora.

• **Accesibilidad y clima:**

- La paciente vivía a una hora de canoa a motor del hospital y además había lluvia fuerte.

4

5

• **Razones culturales:**

- En nuestras creencias, una mujer parida no puede mojarse porque le puede caer "pasma". Por eso que cuando llueve no quieren movilizar a una mujer que está en la dieta (puerperio).

La mayoría de los eventos negativos, de los fracasos, en esta historia, eran evitables. Los únicos puntos inevitables fueron la lejanía y el mal tiempo.

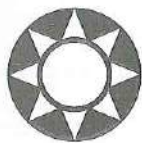


Entonces, para que no se repita la historia de Juanita, ¿qué debemos hacer?



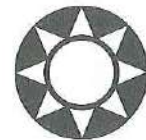
- Capacitar mejor a las parteras: (Compromiso de los responsables del programa materno y equipos de salud).

- Actualizar el personal profesional sobre los problemas maternos: (compromiso del área de salud).



- Estimular el sentido de responsabilidad de los que trabajan en el hospital y en el área dispersa: (compromiso de la Jefatura de área).

- Implementar un plan para que el hospital mejore la capacidad de resolver los problemas maternos: (compromiso del área de salud).



- Discutir en las comunidades los signos de alarma que se dan durante y después del parto y la urgencia del traslado al hospital sin demora: (compromisos de auxiliares, promotores y equipos de profesionales).

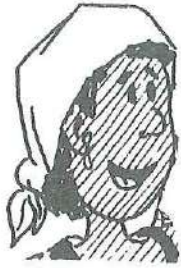
- Coordinar mejor la atención a la embarazada entre auxiliares, promotores y parteras: (compromisos de auxiliares y promotores).



Esta es la historia de una muerte evitable y al mismo tiempo es una alarma que nos indica que algo anda mal en el programa materno y que queda mucho por hacer todavía.

A esta forma de contar las muertes (fracasos) y los casos graves (éxitos) la llamamos historias de vida.

¿Qué son las historias de vida?



Son cuentos de los acontecimientos que se dan en nuestras comunidades.

Nos permiten narrar y discutir entre nosotros y con los profesionales de salud, por qué ha sucedido una muerte o un caso grave y nuestra forma de actuar frente al problema.



Compañera, no basta con decir que murió un niño de tres años con diarrea; si nos quedamos sólo con esto, lo único que vamos a conocer es un caso más de muerte.

Por supuesto es importante registrar las muertes pero muchas veces la "historia" de una muerte puede transformarse en un evento de capacitación y toma de conciencia importante para nosotros y nuestras comunidades.



Las muertes maternas, los niños que mueren por desnutrición, son invitaciones fuertes a echar una miradita más profunda para saber bien qué es lo que hay detrás de este acontecimiento.

Son "EVENTOS CENTINELA" que gritan que algo está pasando: son una ALARMA.



Es porque son alarmas, porque nos indican que algo anda mal, que los tomamos en serio, que los documentamos y los analizamos.

No los aceptamos pasivamente como "destino de uno", sino buscamos cuáles hechos ocurrieron y se cruzaron entre si para producir el fracaso.

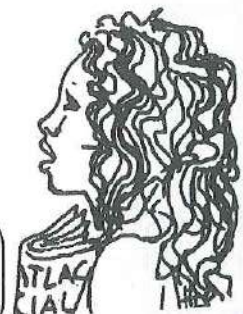
De esta forma la comunidad se transforma en un centro de observación y vigilancia de los acontecimientos que van en contra de "lo normal", como son las muertes antes de tiempo, muertes inesperadas, muertes evitables.

Al seguir de cerca estos casos, la comunidad "vigilante" transforma un evento centinela, un fracaso, en un momento de participación, concientización y aprendizaje.



¿Cómo se debe recoger una historia de vida?

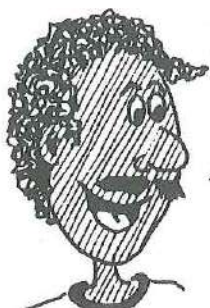
Sencillo: se cuenta qué le ocurrió a la persona que tuvo el problema.



Es importante describir los acontecimientos que se dieron ANTES que el paciente llegara a nuestra atención, DURANTE el tiempo que estuvo bajo nuestra responsabilidad y DESPUES que lo enviamos al hospital o que regresó a su casa.

INFORMACION O DATOS IMPORTANTES QUE SE DEBEN RECOGER EN LAS HISTORIAS DE VIDA

| ANTES | DURANTE | DESPUES |
|---|---|---|
| Procedencia: lugar de donde viene | Fecha, procedencia | ¿Qué pasó en el hospital o en la comunidad? |
| Antecedentes familiares | Nombre del paciente, raza, edad, sexo | ¿Hubo contrarreferencia? |
| Cuánto tiempo ha tenido la enfermedad | Nombres de jefes de familia en caso de niños | |
| Otros casos similares en la familia o en la comunidad | Signos vitales (temperatura, respiración, y presión arterial) | |
| Qué tratamiento se le dio antes de llegar a la unidad de salud | Signos y síntomas completos | |
| Averiguar porque los familiares tardaron tanto para llevarlo a la unidad de salud | Diagnóstico hecho por la promotora o auxiliar | |
| Cuál fue la actitud de la comunidad frente al problema: colaboraron, se negaron.... | Tratamientos completos y recetados por quien | |
| | ¿ Hubo referencia escrita? | |
| | Actuación de la comunidad | |



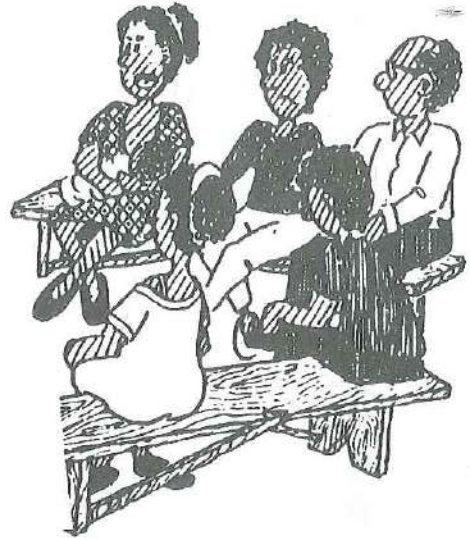
Y no se olvide compañero de poner todos los actores que estuvieron involucrados en los hechos: el paciente, la familia, la comunidad, el personal de salud, el hospital.....

¿Cómo se debe analizar una historia de vida?



No se olvide compañero que las preguntas clave son: "¿Se podía evitar? ¿Quién y cómo habría podido evitarlo?"

Estas preguntas no se hacen para buscar culpables sino para darnos cuenta de las debilidades que tenemos y entonces buscar mejorar nuestro trabajo.



Y una vez que las hemos analizado y discutido?



Compañera, las historias de vida son un instrumento de trabajo muy importante: si las clasificamos y las guardamos en un registro bien organizado, las podemos utilizar por ejemplo para evaluar nuestra intervención.

También se pueden utilizar para eventos de capacitación dirigidos a nuevos promotores, a comités de salud; a grupos de riesgo, a la comunidad y porque no, también a profesionales de la salud.



Entonces, entre todos, pongámonos esta pregunta:

¿Cómo podemos clasificar las historias de vida?



Me parece, compañeras y compañeros, que podemos agrupar las historias por **problema**, por ejemplo, todas las historias de desnutrición y de mortalidad materna.

Cierto, y también las de diarreas, paludismo, accidentes cerebrovasculares y otros eventos de éxito o fracaso que consideramos eventos centinelas en nuestras comunidades.



Creo que deberíamos poner un cuidado especial en recoger y clasificar las historias de los eventos centinelas, sean éxitos, como los casos graves, o los fracasos, como las muertes, porque constituyen como el termómetro que nos indica cómo estamos actuando.



Se me ocurre ahora que se podrían clasificar las historias de vida por el evento que ha determinado el éxito o el fracaso, es decir **por la manera de actuar correcta o equivocada como un diagnóstico correcto o equivocado**, un error o buen manejo en el tratamiento, buen seguimiento o falta de seguimiento, intervención a tiempo o atrasada.....



¿Qué les parece también si clasificamos las historias a partir de los actores principales que en ella actuaron? Es decir la comunidad, la familia, el enfermo, la partera, la promotora, la auxiliar..

Buena idea, compañera: tendríamos así el cuadro general de todos los protagonistas y podríamos evidenciar quienes de ellos se equivocan más para orientar mejor nuestro trabajo y para discutir mejor con la comunidad.



También podemos tomar en cuenta para la clasificación de nuestras historias los factores ajenos a la voluntad de uno, como la lejanía, el mal tiempo, la falta de transporte, la falta de dinero. Es decir los **factores socio - económicos** que muchas veces determinan un fracaso a pesar del diagnóstico correcto y en tiempo útil.

Y en fin, las podríamos clasificar por **fallas de los servicios de salud**. Se juntarían todos los eventos donde el problema principal ha sido el **servicio de salud deficiente** como la ausencia del personal, la falta de medicamentos, la incapacidad del hospital de solucionar el problema...

No nos olvidemos, compañeros, que se pueden separar las historias en las que el obstáculo más grande ha sido una costumbre equivocada es decir donde el **factor cultural ha jugado un papel importante**. Esta clasificación permite valorar en cuantas ocasiones las costumbres intervienen para determinar un éxito o un fracaso y por lo tanto nos pueden ayudar para el trabajo de sensibilización en las comunidades.



Yo pienso que hay otra clasificación que podría resultar útil para nuestro trabajo y es de agrupar las historias por sector o por microarea. De esta manera podemos tener el panorama completo de nuestra área de salud, podemos saber donde más ocurren los eventos más graves y por lo tanto tomar las medidas apropiadas.

Se dan cuenta, compañeros, que meterse con las historias de vida es cosa seria?



- Debemos todos asumir este compromiso y trabajar para tener un
- registro de historias de vida siempre actualizado.

Capítulo 8

Cómo medir eventos, éxitos y fracasos en nuestro trabajo

Cuando contamos nuestra experiencia en los capítulos 3 y 4, hemos hablado de desnutrición y hemos comparado la situación en momentos diferentes: en 1990 y 1994 en el área Borbón y en 1994 - 1996 en El Salvador.

También comparamos los casos de paludismo entre 92 y 1998 y que cantidad de trabajo realizamos los promotores en el control de brote (en el área Borbón). En El Salvador calculamos porcentajes de mujeres que habían hecho el Papanicolau o de niños con peso bajo al nacer.

Para poder comparar estas situaciones hemos usado un porcentaje. Veamos ahora como se calculan estos porcentajes y para que sirven.



Nos encontramos en un curso de nuevos promotores de salud y auxiliares de enfermería y estamos compartiendo la realidad de nuestras comunidades.

1



el mes pasado he pesado a los niños menores de 5 años de mi comunidad y encontré a 10 desnutridos.

yo también los pesé y también encontré a 10.

pero en mi comunidad la situación es más grave

no creas! En mi comunidad si que la cosa está dura!

Vean compañeros, ustedes se pelean por gusto. Para saber en cual de las comunidades la situación es más grave necesitamos saber algo más.

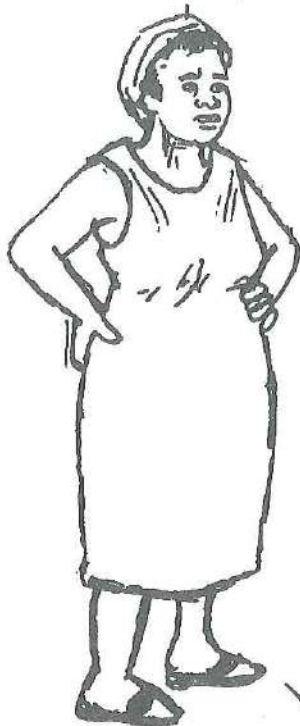
y ¿qué más necesitamos saber?

hay que saber cuántos niños menores de 5 años hay en total en cada una de sus comunidades.

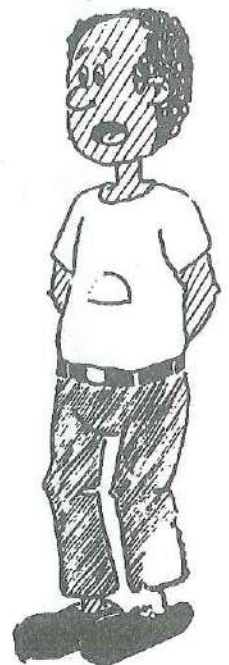


en la mía hay 100 niños

en la mía hay 30



Bueno, entonces, para salir del lío de una vez por todas pongan mucha atención que vamos a sacar unas cuentas:



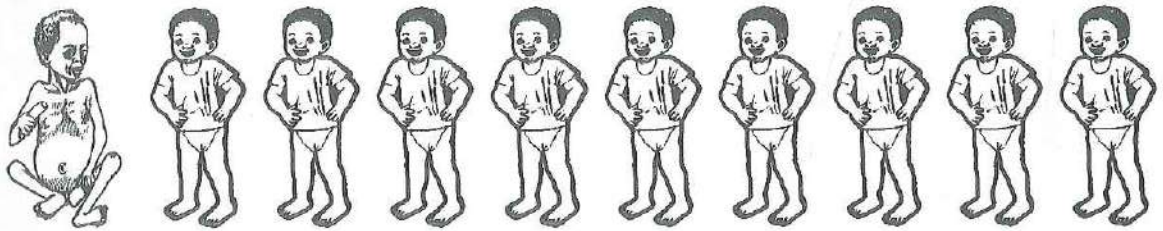
La comunidad de Julio tiene 100 niños menores de 5 años. Al realizar la actividad de pesaje, Julio encontró 10 niños desnutridos.
La comunidad de Adalín tiene 30 niños menores de 5 años y al realizar el pesaje, Adalín encontró 10 niños desnutridos.

¿Cómo saber en cuál comunidad es más grave el problema de la desnutrición?

Para poder saberlo es necesario relacionar el número de desnutridos con la población menor de 5 años, hagamos el ejercicio:

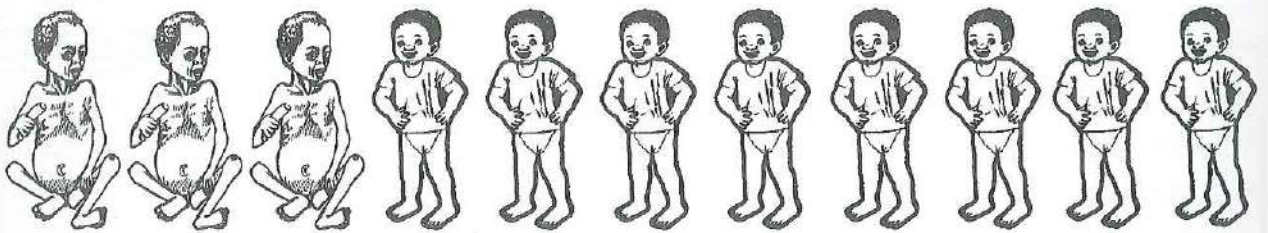
Comunidad de Julio: si dividimos 10 para 100 nos va a dar 0.1 y si esto lo multiplicamos por 100 tendremos 10%. Esto quiere decir que de cada 100 niños, 10 están con desnutrición o, lo que es igual, que de cada 10 niños, 1 es desnutrido.

$$\frac{10}{100} \times 100 = 10\%$$



Comunidad de Adalín: si dividimos 10 para 30 nos va a dar 0.33 y si esto lo multiplicamos por 100 tendremos 33%. Esto quiere decir que de cada 100 niños, 33 están con desnutrición o, lo que es igual, que de cada 10 niños, 3 son desnutridos.

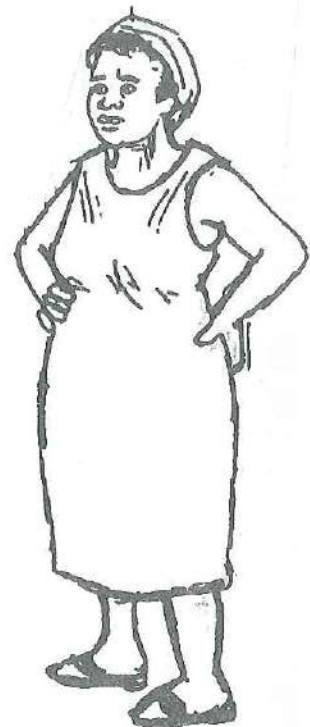
$$\frac{10}{30} \times 100 = 33\%$$



Entonces compañeros: ¿en cuál de las dos comunidades es más grave la situación?



Ahora está claro que el problema es más grave en la comunidad de Adalín porque allí 3 de cada 10 niños están desnutridos mientras que en la mía solo 1 de cada 10.



Se dan cuenta que no es suficiente saber el número de desnutridos para darse cuenta de la gravedad de la situación?

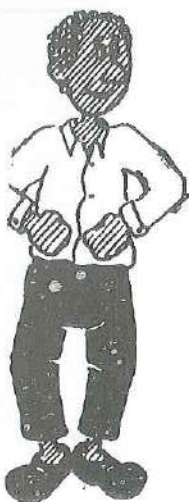
Es el porcentaje de desnutridos sobre el total de niños que mide la gravedad. Ese porcentaje se llama Prevalencia de desnutrición.



Esto es fácil porque podemos sacar esta información de unas herramientas que usamos en nuestro trabajo: el número de desnutridos los sacamos de nuestro cuaderno y el total de niños menores de 5 años lo sacamos del censo de la comunidad que tenemos en nuestra carpeta.

2

Compañeros, yo tengo una inquietud. El otro día vino un señor de un proyecto y quería saber cómo estaba la mortalidad infantil. Yo le contesté que en nuestro medio mueren bastante niños chiquitos, pero la verdad es que el quería saber que tan grave era el problema y yo no supe que contestarle.

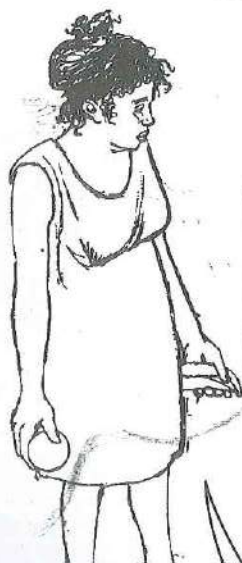


¿Qué quieres decir con "niños chiquitos"?

Me refiero a niños que todavía no tenían cumplido el año.



¿Y cómo hacemos para tener este dato? Que la licenciada nos enseñe.



Bueno entonces vamos a hacer un ejemplo con los datos del área de salud Borbón del año pasado. Los niños menores de 1 año que murieron el año pasado fueron 42. ¿Qué más necesitamos saber?

necesitamos saber cuántos niños menores de 1 año hay en nuestra área.

Muy bien. El número de menores de 1 año es igual al número de nacidos vivos durante el año. En nuestra área fueron 800. ¿Quién quiere sacar la cuenta para saber el porcentaje?

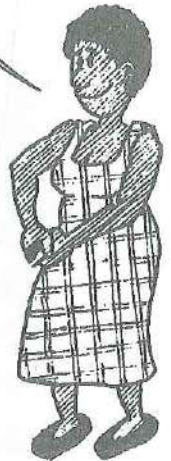


Yo lo voy a hacer.

Dividimos 42 para 800 y luego este resultado lo multiplicamos por mil y tendremos 52 por 1000. Esto significa que de cada 1000 niños que nacen vivos 52 mueren antes de cumplir el primer año de vida. Así

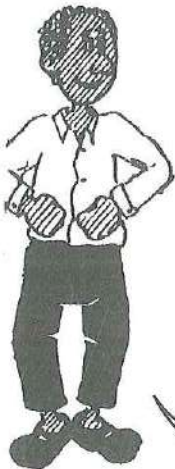


$$\frac{42}{800} \times 1000 = 52 \text{ por mil}$$



Muy bien. Así que este porcentaje se llama Mortalidad infantil.

Ahora entendí. Por eso que cada mes se recogen los casos de muerte por edad.



En nuestro cuaderno también anotamos las muertes que se dan en nuestras comunidades.

y en el censo encontramos el número de niños menores de un año.

¿ Por qué será importante saber estos datos de prevalencia y de mortalidad?

- Para saber qué tan grave es un problema en nuestra comunidad o en nuestra área.
- Para comparar la situación en comunidades diferentes
- Para saber en cuáles comunidades debemos intervenir más

3

Hasta ahora hemos visto como se pueden medir los problemas de salud/enfermedad que tenemos. Pero no sólo se pueden medir los problemas. También podemos medir nuestro trabajo.



En la comunidad de Corriente Grande, tenemos 25 embarazadas. De ellas 22 acuden a los controles que realiza el equipo de salud cuando visita la comunidad.

En la comunidad de Zapallo Grande tenemos 12 embarazada. De ellas 7 acuden a los controles.

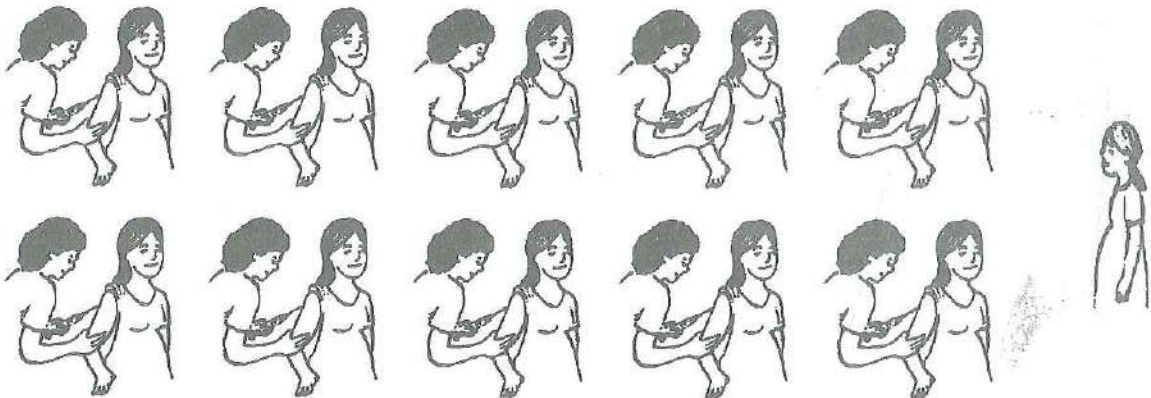


¿En cuál de las dos comunidades las embarazadas se controlan más?

Para poder conocer esto, es necesario relacionar el número de embarazadas en control para el total de embarazadas que hay en la comunidad, hagamos el ejercicio:

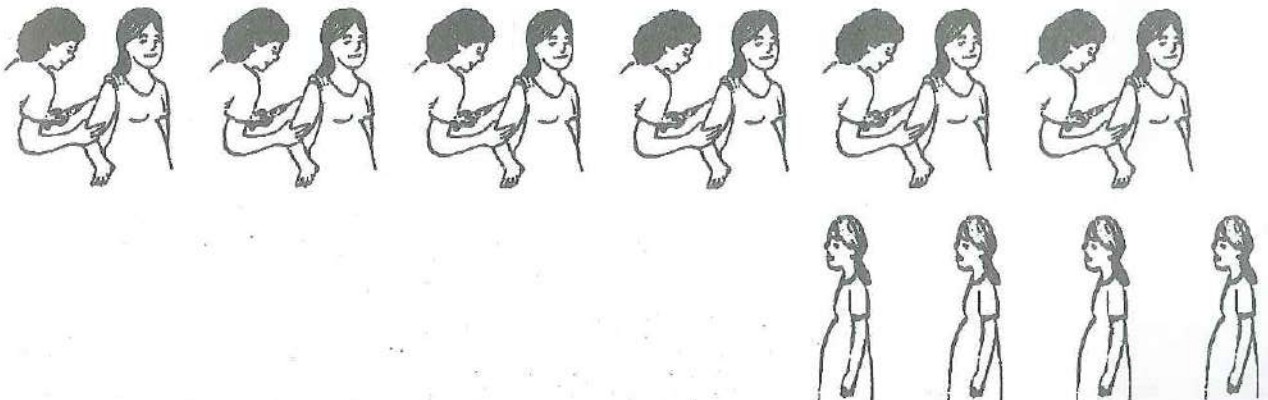
En Corriente Grande vamos a dividir 22 para 25 y nos va a dar 0.88. Si esto lo multiplicamos por 100 tendremos 88%. Esto quiere decir que de cada 100 embarazadas, 88 se controlan su embarazo o, lo que es igual, que de cada 10 embarazadas 9 se controlan su embarazo.

$$\frac{10}{100} \times 100 = 10\%$$



En la comunidad de Zapallo Grande vamos a dividir 7 para 12 y nos va a dar 0.58. Si esto lo multiplicamos por 100 tendremos 58%. Esto quiere decir que de cada 100 embarazadas, 58 se controlan su embarazo o, lo que es igual, que de cada 10 embarazadas 6 se controlan su embarazo.

$$\frac{7}{12} \times 100 = 58\%$$



El ejemplo nos permite conocer que en la comunidad de Corriente Grande hay un mayor porcentaje de control prenatal (88%).



Es importante recordar que el dato del total de embarazadas y de los controles, lo podemos obtener del **registro de embarazadas** que tenemos en nuestro cuaderno.

El indicador utilizado en este ejemplo, es el de **cobertura de control prenatal**.

4



Creo que ahora se me está aclarando la película. Nosotros podemos medir también el trabajo que realizamos.

¿Quiere probar a calcular el porcentaje de toldos que ha impregnado el año pasado en su comunidad?

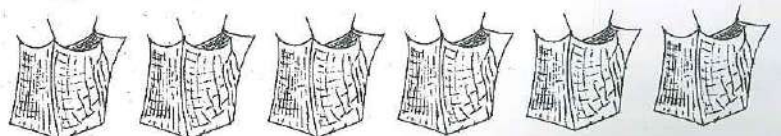
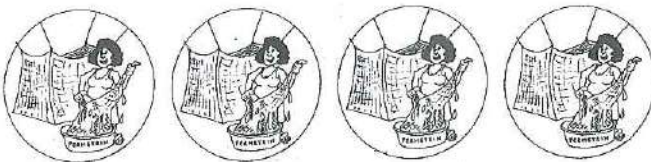
En mi comunidad, el año pasado he impregnado 50 toldos. Pero no alcancé a impregnarlos todos porque en total hay 115.

Entonces ¿cuál ha sido su cobertura?

Divido 50 para 115 y el resultado lo multiplico por 100. Esto me da: 43.4%



$$\frac{50}{115} \times 100 = 43.4\%$$



Entonces la COBERTURA la podemos definir, como el porcentaje de actividades realizadas.

¿Para que sirve saber la cobertura de lo que hacemos?

- Para saber si todas las embarazadas vienen al control
- Para programar nuestras actividades con el fin de mejorar el servicio que damos a la población
- Para saber cuánto nos queda por hacer
- Para saber si hay suficiente protección

Prevalencia, Mortalidad, cobertura, son algunos INDICADORES de la situación de salud de nuestras comunidades.

CONCLUSIONES

Para poder conocer lo que está pasando en nuestras comunidades con los nacimientos, enfermedades y muertes; como están trabajando los puestos de salud, subcentros, el hospital; cómo está aceptando la comunidad nuestros consejos educativos, necesitamos ANOTAR o REGISTRAR todo lo que hacemos, con fecha. Estos datos deben ser completos y no imaginarios y nos ayudarán a MEDIR la situación de salud del área.

Para medir, no es suficiente tener éstos números, sino hay que relacionarlos con la población que le corresponde. Por lo tanto es imprescindible conocer nuestra POBLACIÓN total y dividirla por grupos de edad, saber el número de menores de 5 años, escolares, adultos, mujeres en edad fértil, etc. También conocer otros datos de referencia como: total de embarazadas, número de toldos existentes en la comunidad, número de comunidades existentes en nuestras microáreas, etc.

Un Indicador es la relación entre el número de personas que tienen una enfermedad (ejemplo: desnutrición) y la población de referencia (ejemplo: niños menores de 5 años)

Y también:

Es la comparación entre lo que hicimos y lo que teníamos que hacer

Entonces, el indicador es como una medida que nos ayuda a describir una situación existente o que nos sirve para medir cambios a lo largo del tiempo.

Estos indicadores son usados normalmente en salud por los especialistas que analizan los problemas y las situaciones de salud. Nosotros, en epidemiología comunitaria los hemos utilizado para conocer más de cerca nuestra propia realidad.

Para que los indicadores tengan valor es importante recoger la información en modo correcto y completo.

Por ejemplo, cuando pesamos a los niños menores de 5 años, debemos registrar algunos datos:

- Fecha de nacimiento
- Peso del niño
- Fecha del pesaje

Si nos olvidamos alguno de estos datos nunca podremos saber si tenemos niños desnutridos o no.

- Especialmente hacer recordar, siempre, que la epidemiología, y más en general los instrumentos técnicos, no son otra cosa que un gran ejercicio-juego en el cual se compite acerca de la manera mejor de hacer visibles y aprovechables para todos los derechos fundamentales de la salud y la vida.

Las muchas palabras y las informaciones de todo tipo que inundan los manuales, hacen, a menudo, olvidar esta prioridad de reconocimiento y devolución del derecho a quienes más lo necesitan. Un manual que tiene como autoras y autores a los que siguen haciendo caminos, caminos con los que han trazado los mapas, no corre este peligro; no lo corre siempre y cuando no se olviden las reglas que han guiado el largo trabajo y que han entretejido estas páginas:

1. la atención a la vida viene antes y enseña el camino a los conocimientos científicos;
2. el compartir las dudas, las preguntas, los fracasos, las esperanzas, las necesidades es la escuela más eficaz para buscar, sin cansarse, las soluciones técnicas más rápidas y oportunas;
3. se pueden olvidar muchos conocimientos particulares pero no se puede nunca prescindir ni perder de vista el proyecto que da el sentido, la dirección y sugiere las alternativas cuando parecen faltar los conocimientos y las soluciones;
4. hay una continuidad absoluta y una integración imprescindible entre el tiempo y la energía del "hacer" y el silencio y la paciencia del "entender", del "volver sobre sus pasos", del cuestionarse y evaluar lo que se ha hecho;
5. el secreto de la epidemiología, más allá de los números, de las tablas, de los mapas, de los dibujos, es la transparencia y la confianza de poner en común lo que se sabe y lo que no se sabe, entre aquellos que son promotores de salud y auxiliares de

enfermería y entre estos y la comunidad;

6 Hacer epidemiología comunitaria no es otra cosa que guiar a aquellos que tienen necesidades:

- a comprender el origen
- a compartir las soluciones, cuando las hay
- a hacer de los fracasos la ocasión para tomarse todavía más a cargo los casos que vendrán.

El sueño de dar la palabra a tantos años de vida y de búsqueda de salud se concluye. Es un paso importante de autonomía y de conciencia. Es una fiesta. La vida diaria se vuelve lugar en que la confianza colectiva que se ha producido y reforzado, se puede y se debe transmitir especialmente a aquellos que son más marginados y que tienen menos idea que la salud es también un derecho de ellos. Cada caso, cada problema, especialmente los más difíciles, está a la espera de transformarse en un "manual aplicado" de epidemiología comunitaria. En cada comunidad, no sólo en Ecuador, los manuales que se pueden escribir mejor, los que son verdaderos manuales de epidemiología comunitaria, son los muchos cuentos de como la salud no es más un privilegio, una aventura o un espejismo, sino una experiencia que todos pueden compartir.

Gianni Tognoni