

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DE HONDURAS

Ministro: Dr. ENRIQUE AGUILAR PAZ
División de Planificación, Jefe: Dr. GUSTAVO A. CORRALES
Región Sanitaria N° 4, Jefe: Dr. OSCAR ANTONIO MOLINA

EQUIPO INVESTIGADOR:

- Dr. Héctor M. Aguilar	Epidemiólogo de la Región N° 4
- Enfermera Ruth Andino	Supervisora Programas de Epidemiología de la División de Enfermería del Ministerio
- Licenciada en Enfermería Mayra Chang	Supervisora del Program. Ampliación de la Cobertura de la División de Enfermería del Ministerio
- Enfermera Clara Suyapa Bueso	Enfermera Jefe del Area N° 1 de la Región N° 4.
- Auxiliar de Enfermería Rosario Monzanars de Aguilar	Auxiliar de Enfermería del CESAR - de Aceituno (Area N° 1) Región N°4.
- Prof. José E. Rubio	Promotor de Salud y Jefe de Sección de Mantenimiento de la Región N° 4.
- P.M. Gloria Lanza	Estadígrafa del Departamento de Estadística del Ministerio.
- Dr. Germán Hernández	Profesor Titular del Departamento de Medicina Preventiva y Social -- (U.N.A.H.)
- Licenciada en Sociología Reinelda Aguilar (*)	Profesora Auxiliar del Departamento de Ciencias Sociales (U.N.A.H.)

ASESORIA DE OPS/OMS

-Est. Mat. Zulema C. Torres de Quinteros
-Dr. Pablo Isaza

COLABORADORES

-Lic. Gerardo Pavón	Programador del Departamento de Estadística del Ministerio.
-Srta. Némesis Valladares R.	Secretaria del Ministerio
-Departamento de Artes Gráficas	Por la impresión del material.
-Alfredo García	Dibujante

(*) Participó en las primeras etapas de elaboración del Proyecto de Investigación.

C O N T E N I D O

	<u>PAGINAS</u>
INTRODUCCION	1 - 4
MARCO TEORICO	4 - 5
DELIMITACION DEL OBJETO DE ESTUDIO	5 - 6
OBJETIVO GENERAL	6 -
OBJETIVOS ESPECIFICOS	6 - 7
DEFINICIONES ASUMIDAS PARA EL ESTUDIO	7 - 13
METODOLOGIA: DISEÑO DE LA INVESTIGACION	14 - 17
INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE LOS DATOS	17 - 19
<u>- RESULTADOS:</u>	
CAPITULO I: DEL PERSONAL FORMAL, COMUNITARIO Y COMITE DE SALUD	19 - 37
CAPITULO II: DE LAS FAMILIAS	38 - 55
<u>- CONCLUSIONES:</u>	
- ESPECIFICAS	55 - 70
- GENERALES	71 - 72
BIBLIOGRAFIA	73 - 75
ANEXO I: OTRAS DEFINICIONES	1 - 9
ANEXO II: VIVIENDAS EN LA MUESTRA Y PERSONAL ENTREVISTADO POR ALDEAS.	10 - 11
ANEXO III: CUADROS DEL CAPITULO I	1 - 43
ANEXO IV: CUADROS Y GRAFICOS DEL CAPITULO II	1 - 59
CROQUIS DEL AREA ESTUDIADA	

1

ACTITUDES Y CONDUCTAS DE LA POBLACION PROMOVIDAS POR EL PROGRAMA
DE AMPLIACION DE LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

INTRODUCCION:

El Programa de Ampliación de la Cobertura surge del reconocimiento por parte de las autoridades del Ministerio de Salud, de la existencia de una "abierto contradicción entre la naturaleza del problema social de salud y la organización del sistema de oferta de servicios" (1) que se manifiesta a través de la baja accesibilidad de importantes sectores de la población hondureña al sistema de salud, fundamentalmente las comunidades rurales y de bajos recursos.

El sistema de oferta de servicios estaba caracterizado por:

- Una alta concentración de recursos en las áreas de mayor densidad poblacional, siendo
- esos recursos altamente especializados, de alto costo, e insuficientes en cantidad.

Por otra parte las necesidades de salud de la población dependían en un 83% de la atención del estado, de lo cual se estimaba que un 55% no tenía acceso a los servicios de salud.

Además, la ausencia de mecanismos de orientación en la organización y utilización de los recursos de la comunidad hacía que ésta resolviera parcialmente sus problemas de salud con los recursos a su alcance, rudimentarios y empíricos.

En busca de posibles alternativas de solución frente a la problemática planteada comienza a gestarse a partir de 1972 una nueva programación destinada a ampliar la cobertura de los servicios cuya implementación requeriría esencialmente de la participación organizada de la comunidad apoyada directamente por las instituciones de salud de cada región.

Los principios sobre los que descansa esta nueva política y estrategia de extensión de la cobertura son:

- Atención prioritaria de las necesidades de salud de la población rural, tradicionalmente marginada.
- Acciones de atención primaria destinadas a la solución de problemas de salud de naturaleza simple desarrolladas por un personal con adiestramiento básico y de bajo costo.
- Organización de un sistema de referencias a instituciones de salud de progresivo nivel de complejidad, destinado a la atención de necesidades que superen las posibilidades de los niveles básicos.
- Incorporación de los aspectos preventivos a la atención ampliando el enfoque fundamentalmente restaurativo imperante en la política anterior.
- Promoción de la participación de la comunidad orientada a constituirla en receptora consciente y ordenada de los servicios disponibles y en agente realizador de acciones de salud.

A principios del año 1978 el Ministerio de Salud estaba interesado en conocer los efectos producidos en la comunidad por este nuevo programa y manifestado en actitudes y conductas positivas respecto de la problemática salud-enfermedad que la caracteriza.

Los cambios que pudieran observarse en la comunidad serían más relevantes en tanto provinieran de la acción consciente de la misma, manifestada en su participación organizada y orientada por el personal formal debidamente adiestrado. Esto era reconocer que la coordinación que estableciera la comunidad, por medio de sus representantes, y el

personal de salud determinarían en gran medida, el éxito de las acciones emprendidas.

El interés manifiesto del Ministerio de Salud, se vió interferido por algunos elementos que son necesarios dejar claramente planteados dentro de esta investigación.

Se destaca en primer lugar la carencia por parte del Programa de Ampliación de la Cobertura de objetivos que orienten la política de implementación del mismo. Fue posible deducir de los principios que lo sustentan uno vago y muy general como ser la ampliación de la cobertura de los servicios de salud bajo dos estrategias: extensión de ser vicios y participación comunal. La dificultad consiste en que el Programa no sistematiza la manera en que habrá de lograrse la participación comunitaria desde el momento que este concepto no está formula do explícitamente.

Además, es necesario reconocer que el Programa de Ampliación de la Cobertura lleva aún poco tiempo en su desarrollo como para que su efecto se traduzca en nuevas pautas de actitudes y conductas de la po blación que estén incorporadas en forma consciente y estable.

Por otro lado se reconocen las limitaciones propias de una evaluación de elementos subjetivos como son las actitudes de una comunidad, si se parte del concepto que actitud es una predisposición aprendida y estable a actuar consistentemente frente a un objeto social y que es ta predisposición es producto de una experiencia previa con el consecuente proceso evaluativo de la misma. (2).

Finalmente, debe admitirse que existen ciertas restricciones en cuanto a la efectividad que pudieran tener las acciones de salud en producir cambios de actitudes y conductas. Estas recaen en aquellos aspectos cuyos determinantes se sitúan fuera del contexto salud, y dentro de -

los cuales se destacan las características socio-económicas de la comunidad.

Marco Teórico:

- La participación de una comunidad en la detección y selección de alternativas de solución de su problemática depende del nivel de percepción y elaboración de sus necesidades. Tal elaboración implica -- un grado mayor de profundización a la simple percepción, cuyo efecto será la búsqueda de soluciones. Tales soluciones propenderán o bien a presionar a los organismos estatales o al despliegue de sus propias acciones, o ambas a la vez.
- Ninguna acción de la comunidad, entendida ésta no como la simple suma de acciones individuales, sino como una participación organizada y representada a través de sus organizaciones, serán más efectivas en la medida que la comunidad logre conectar sus necesidades y sus consecuencias inmediatas a aquellos factores causales que determinan esos efectos limitantes de su desarrollo y crecimiento.
- Esta conexión orientará a la comunidad a la planificación de actividades a largoplazo tendientes a lograr la superación esencial de las causas de sus problemas. Por otra parte sólo en la medida de que sean capaces de visualizar su problemática general podrán fortalecer sus organizaciones comunales, salvaguardándolas al mismo tiempo de la dependencia absoluta de las acciones del personal formal de las instituciones, en este caso de las de salud o de las acciones aisladas, individuales de sus líderes.
- Es importante destacar que la actitud que asuman los líderes formales (institucionales) respecto a la acción de las comunidades para - que afronten la detección y solución de sus problemas estimulará o limitará su autodeterminación.

Dicho de otro modo, sería posible lograr, por ejemplo, que el total de la comunidad instale sus letrinas necesarias, pero el logro será más efectivo y producirá más acciones positivas en tanto esta labor haya sido producto de la necesidad sentida por ellos, que de la influencia que el promotor de salud haya ejercido.

- Por otra parte la existencia de muchas fuerzas organizadas en la comunidad, sobre todo si ésta no es muy grande, podría significar una disolución de las fuerzas de la misma, así como limitar una visualización coherente e integrada de su problemática.

El papel integrador que alguna de las organizaciones pueda desempeñar es importante en la medida que permite una orientación coordinada de las acciones de la comunidad, sobre todo si ese papel lo desempeña el Comité de Salud.

- La participación de la comunidad en la detección y solución de sus problemas está relacionada entonces, por una parte con la efectividad de las acciones de los servicios de salud para estimular esa participación y por otra parte con el nivel de organización que caracteriza a la comunidad.

Delimitación del objeto de estudio:

En una primera aproximación la investigación se orientó a la evaluación de las acciones de atención primaria (nivel CESAR) en tanto son las que puede atender el personal institucional y comunitario y dentro de las cuales es factible y necesaria la participación de la comunidad.

Vinculado a esta delimitación del tema, la problemática salud-enfermedad se circunscribió a un sector de la población: el materno-infantil, que en Honduras abarca alrededor del 70% de la población y donde

se concentran los más relevantes problemas de salud al punto que constituye un área prioritaria de atención.

Las razones de tal elección recayeron en que el grueso de las acciones de atención primaria están orientadas a tal sector poblacional, y además porque "no hay ningún período en la vida humana en el que las creencias, las costumbres y los valores repercuten tanto sobre la salud y la asistencia sanitaria como en los períodos del embarazo, el parto y la niñez". (3).

Objetivo General:

Detectar las actitudes y conductas de la comunidad respecto a la problemática salud-enfermedad, de acuerdo con las acciones desarrolladas por el Programa de Ampliación de la Cobertura, a través de su personal formal y comunitario, y por las acciones organizadas y emprendidas por la misma comunidad como forma de respuesta al Programa.

Objetivos Específicos:

1. Aportar al conocimiento de las actitudes que caracterizan al personal formal y comunitario en su función de promover la participación comunitaria en el Programa de Ampliación de la Cobertura.
2. Evaluar, a través de la percepción de la comunidad, las acciones directas llevadas a cabo por el personal formal y comunitario dirigidas a promover cambios de conductas de la población, con énfasis en la atención de algunos problemas de salud materno-infantil.
3. Detectar el papel que cumple el Comité de Salud:
 - a. Como vínculo entre las acciones que desarrolla el personal formal y comunitario y la comunidad en la canalización de la problemática salud-enfermedad.

- b. Como elemento integrador de las acciones que desarrollan las otras organizaciones comunitarias para la solución de la problemática general.
4. Referir la participación comunitaria a la problemática salud-enfermedad en el sector materno-infantil, a través del análisis de:
- a. La opinión que tiene la comunidad respecto a la problemática en cuestión.
 - b. Las conductas individuales de miembros de la comunidad - orientadas a la atención del embarazo, parto, puerperio, crecimiento y desarrollo del niño destacando inmunizaciones y diarreas.
 - c. Las acciones colectivas tendientes a la solución de algunos problemas que tienen relación con la salud: agua, letrinas y huertos comunales.
5. Detectar, a través de la percepción de la propia comunidad, las organizaciones existentes en el área; su orientación, formas de acción y el tipo de relaciones que media entre ellas para la solución de su problemática económico-social.

Definiciones asumidas para el estudio:

1. ACTITUDES DEL PERSONAL FORMAL Y COMUNITARIO EN SU FUNCION DE PROMOVER LA PARTICIPACION COMUNITARIA EN EL PROGRAMA DE AMPLIACION DE LA COBERTURA.

- Personal Formal: Se incluyen dentro de esta categoría, a los efectos del estudio, al personal que trabaja a nivel de atención primaria (CESAR) o sea a la Auxiliar de Enfermería y al Promotor de Salud.

- Personal Comunitario: Se identifican el Guardián de Salud, Representante de Salud y Partera Empírica Adiestrada.
- Participación Comunitaria: Se la concibe como un proceso en el que su expresión máxima es la acción conjunta y organizada de la comunidad en la detección y solución de sus problemas. Con una menor intensidad, la participación puede manifestarse a través de acciones individuales y de pequeños grupos.
- Actitudes del Personal en su función de Promover la Participación Comunitaria: Se definen a través de la "ubicación" del personal dentro del Programa y frente a la comunidad, la que está condicionada por:
 - a. Su percepción del Programa: esta percepción que depende de la incorporación de conocimientos adquiridos en su -- adiestramiento se expresa mediante el concepto que tiene el personal sobre el Programa.
 - b. Su identificación (pertenencia) con el Programa: se evidencia por el concepto del papel que le corresponde dentro de él, lo que también depende de los conocimientos adquiridos.
 - c. El tiempo que lleva dentro del Programa: con un referente directo expresado en años y meses.
 - d. Su percepción del papel que juega la comunidad dentro del Programa: se refiere al concepto que tiene sobre participación de la comunidad dentro del Programa.
 - e. Su percepción sobre el tipo de relaciones que debe mantener con la comunidad: se expresa mediante el concepto del papel más o menos activo que debe desarrollar:
 - A través de acciones individuales.
 - En coordinación con el resto del personal formal y comunitario, para lograr la participación comunitaria.

f. Opinión sobre la disponibilidad de los recursos que debe proveerle el Programa para realizar sus tareas: se define mediante la percepción de la suficiencia de los recursos que debe disponer y la identificación de materiales y suministros cuya carencia considera fundamental.

2. ACCIONES DIRECTAS DEL PERSONAL FORMAL Y COMUNITARIO DIRIGIDAS A PROMOVER CAMBIOS DE CONDUCTAS DE LA POBLACION, CON ENFASIS EN LA ATENCION DE ALGUNOS PROBLEMAS DE SALUD MATERNO-INFANTIL, A TRAVES DE LA PERCEPCION DE LA COMUNIDAD.

- Acciones Directas: son el conjunto de actividades que desarrolla el personal a nivel individual, familiar y comunal, que, formando parte de sus funciones específicas, están dirigidas a promover cambios de conductas.
- Percepción de la comunidad de las acciones directas del personal con énfasis en la atención de algunos problemas de salud materno-infantil: se expresa por el mecanismo utilizado por el personal para desarrollar esas acciones, el contenido de las mismas y los miembros del personal que mantienen una relación más estrecha con la comunidad. Como mecanismos se identifican: visitas domiciliarias, charlas en pequeños grupos a nivel CESAR, reuniones con la comunidad, etc.

Los contenidos son:

- a. Divulgar la política y los programas de los servicios de salud.
- b. Ejecutar acciones asistenciales.
- c. Ejecutar acciones asistenciales y promover referencias.
- d. Ejecutar acciones educativas en general.
- e. Promover y ejecutar acciones para el saneamiento del medio ambiente: agua, excretas, vivienda, basuras.

- f. Desarrollar acciones educativas para la higiene personal, hervido del agua, higiene de los alimentos.
- g. Promover huertos familiares y comunales.
- h. Promover la conveniencia del control de embarazadas y puerperas.
- i. Promover la atención de parto en los servicios que ofrece el Programa.
- j. Promover el control del crecimiento y desarrollo del niño.
- k. Promover la aceptación de las vacunas en los niños.
- l. Promover el acceso, en el momento oportuno, a los distintos niveles de atención.
- m. Suministrar información sobre hechos vitales.

Los miembros del personal que mantienen una relación más estrecha con la comunidad se identifican a través de la confianza que le merecen para solucionar sus problemas de salud.

3. EL PAPEL DEL COMITE DE SALUD COMO VINCULO ENTRE LAS ACCIONES QUE DESARROLLA EL PERSONAL FORMAL Y COMUNITARIO Y LA COMUNIDAD EN LA CANALIZACION DE LA PROBLEMATICA SALUD-ENFERMEDAD.

Se define a través de la "ubicación" del Comité dentro del Programa y frente a la comunidad, la que está condicionada por:

- a. Su percepción del Programa: se expresa mediante el concepto elaborado por el Comité con el aporte de sus integrantes.
- b. Su identificación (pertenencia) con el Programa: lo que se expresa mediante el papel que le corresponde dentro de él.
- c. El tiempo que lleva como grupo organizado: expresado en años y meses.

- d. Su percepción del papel que juega la comunidad dentro del programa: se refiere al concepto que tiene sobre participación de la comunidad dentro del programa.
- e. Tipo de relaciones que mantiene con la comunidad: se expresa mediante el papel más o menos activo que desarrolla:
 - a través de acciones que realiza como cuerpo
 - a través de acciones que realizan los Representantes como integrantes del comité y su relación con los miembros del personal formal y comunitario.
- f. Opinión sobre la disponibilidad de los recursos que debe proveerle el Programa para realizar sus actividades: se define mediante la percepción de la suficiencia de los recursos que debe disponer y la identificación de materiales y suministros cuya carencia considera fundamental.

El papel del Comité de Salud como integrador de las acciones que desarrollan las otras organizaciones comunitarias para la solución de la Problemática General:

Se define por la capacidad del Comité de coordinar y orientar las acciones para la solución de la problemática general, a través del conocimiento de las organizaciones, de su orientación y formas de acción y del tipo de relaciones que el Comité mantiene con esas organizaciones.

Organización: es el agrupamiento de personas que surgen de la comunidad, por iniciativa propia o no, para detectar y atender necesidades sentidas por ésta, mediante el esfuerzo coordinado de sus miembros.

Orientación básica de una Organización: Es la finalidad fundamental (social, de salud, económica, etc) que se determina a partir del conjunto de acciones que desarrolla.

Formas de Acción: es el grado de participación que tiene la comunidad en la elección de sus dirigentes, y en la formulación y ejecución de sus actividades.

Tipo de Relaciones: Son las relaciones de igualdad o de mayor o menor subordinación con que se vinculan el Comité y las distintas organizaciones y que se expresa por la coordinación, liderazgo, o desvinculación de los programas del Comité respecto de los de las demás organizaciones.

4. a) OPINION DE LA COMUNIDAD RESPECTO A LA PROBLEMATICA SALUD-
ENFERMEDAD EN EL SECTOR MATERNO INFANTIL.

Sus dimensiones están dadas por la percepción de las enfermedades que más frecuentemente le aquejan, de sus causas y de la valoración de las mismas como problema.

Percepción de las enfermedades que más frecuentemente le aquejan y de sus causas: Se expresa a través de la identificación de los problemas de salud materno-infantil que la población considera como más relevantes y del origen que les atribuyen.

Valoración de las enfermedades como problema: Queda establecida mediante la calificación de las enfermedades, como problema leve sin consecuencias hasta su condición de grave o mortal, por los aspectos o factores que se identifican para solucionarlo y para prevenirlo.

b) CONDUCTAS INDIVIDUALES DE LA COMUNIDAD ORIENTADAS A LA --
ATENCION DEL EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO, CRECIMIENTO Y --
DESARROLLO DEL NIÑO, DESTACANDO INMUNIZACIONES Y DIARREAS

Se expresa mediante la conducta manifestada por la población en cuanto a qué recursos utilizan para la atención de:

- Los embarazos ocurridos en el último año
- Los partos ocurridos en el último año
- Los controles post-parto en el último año
- Control del crecimiento y desarrollo del niño más pequeño de la familia en el último mes.
- Diarreas ocurridas en el último mes en niños menores de 6 años.
- Conducta efectiva frente a la última campaña de vacunación en niños de 3 meses a 6 años a través de la constancia corres-
pondiente.

c) ACCIONES COLECTIVAS TENDIENTES A LA SOLUCION DE ALGUNOS
PROBLEMAS QUE TIENEN RELACION CON LA SALUD: AGUA POTABLE,
LETRINAS Y HUERTOS COMUNALES

Se expresa mediante el sistema de abastecimiento de agua y eliminación de excretas y la existencia de huertos comunales, y el mecanismo utilizado para la construcción de pozos, letrinas y huertos según quién promovió el trabajo y las características - del mismo (individual o familiar y colectivo).

5. PERCEPCION DE LA COMUNIDAD RESPECTO DE LAS ORGANIZACIONES EXIS-
TENTES EN EL AREA. SU ORIENTACION, FORMAS DE ACCION Y TIPO DE
RELACIONES QUE MEDIA ENTRE ELLAS PARA LA SOLUCION DE SU PROBLE-
MATICA ECONOMICO-SOCIAL:

De acuerdo con las definiciones adoptadas (orientación, formas de acción y tipo de relaciones) para el caso de la percepción que tiene el Comité de Salud respecto de las organizaciones - existentes en el área.

(VER ANEXO I: OTRAS DEFINICIONES)

METODOLOGIA:

DISEÑO DE LA INVESTIGACION:

La presente investigación intenta fundamentalmente hacer un aporte metodológico que sea útil para la evaluación de la participación comunitaria en el Programa de Ampliación de la Cobertura de los Servicios.

Por lo tanto, los alcances del estudio se circunscriben más bien a la comprobación de la bondad de este diseño metodológico y de los instrumentos y procedimientos para la obtención de la información, como también a la valoración de los niveles de observación y de su calidad como indicadores en cuanto a su capacidad para reflejar adecuadamente el comportamiento del personal formal, comunitario y de la comunidad.

La formulación de los objetivos del estudio supone dos ángulos de observación:

- El primero referido al personal formal y comunitario como agentes de cambio del comportamiento poblacional frente a los problemas de salud, destacando el Comité de Salud como organización fundamental dentro del Programa.
- El segundo nivel es el comunitario para valorar la percepción que tiene la población del accionar individual e institucional y su conducta frente a los problemas de salud vinculados a la atención materno-infantil.

Para la selección de las áreas a estudiar se tuvo en cuenta el criterio del grado de implementación que podían presentar las mismas, a través de la presencia del Comité de Salud y de Parteras Empíricas -- Adiestradas.

La Región No.4 (Cholulteca) está dividida en tres áreas sanitarias: la No.1 (Goascorán) que se ha incorporado al Programa desde hace cinco meses; la No.2 (San Lorenzo) que lleva de implementada prácticamente dos años y la No.3 (Cholulteca) donde actualmente se están haciendo los estudios preliminares para proceder a su incorporación al programa.

Se decidió circunscribir el estudio al área 2 (San Lorenzo) por ser la que lleva mayor tiempo de funcionamiento, si bien presenta internamente distintos grados de implementación al punto que existen zonas aún sin implementar. De las zonas implementadas que abarcan 6 CESARES y 2 CESAMOS, se identifican además áreas heterogéneas en cuanto a la existencia de comité de salud y de parteras empíricas adiestradas.

La falta de homogeneidad en la implementación se da también a nivel de cada área de influencia de un CESAR ya que existen caseríos que no disponen aún del equipo completo de salud comunitario.

Esta información, recabada a nivel de la Jefatura de la Región, se presenta en el cuadro siguiente:

Unidad Asistencial	Area de Influencia	AREA No.2 N°ALDEAS. implementadas	Comité de Salud.	Parteras Empíricas Adiestradas
CESAMO	Pespire	12	sí	sí
CESAR	San Antonio de Flores	9	sí	no
CESAR	San Juan Bautista	12	sí	sí (sólo 3)
CESAR	San Antonio de Padua	9	sí	sí (en 2 aldeas).
CESAMO	San Lorenzo	7	sí	sí
CESAR	El Tular	3	no	no
CESAR	Pavana	6	sí	no
CESAR	Tapatoca	6	sí	no

En esta primera etapa se decidió excluir del estudio a las áreas de dependencia directa de los CESAMOS porque reúnen características diferentes en cuanto a la atención y en la relación que mantiene el personal con la comunidad.

De los 6 CESAR posibles de estudiar se decidió elegir 3, siguiendo el criterio de implementación comentado anteriormente. Esa elección recayó necesariamente en El Tular, en primer término, por ser el único en no disponer ni de Comité de Salud ni de Parteras Empíricas Adiestradas.

Entre las áreas con Comité y Parteras adiestradas las posibilidades de elección eran dos: San Juan Bautista y San Antonio de Padua. Se eligió esta última porque su Comité de Salud trabaja activamente según el personal de la región pese a su reciente organización.

Finalmente entre las áreas sin parteras adiestradas y con comité de salud que son solo tres, San Antonio de Flores, Pavana y Tapatoca, se optó por Pavana por tener el Comité más activo y con mayor tiempo de funcionamiento.

Atendiendo los niveles definidos, (personal de salud y comunidad), son unidades de observación el Guardián, el Representante, el Promotor de Salud, la Partera Adiestrada, la Auxiliar de Enfermería y el Comité de Salud y a nivel comunitario el núcleo familiar. Se tomó la totalidad del personal formal y comunitario de las áreas seleccionadas.

La selección de las familias se hizo mediante un muestreo aleatorio - estratificado, tomando como sub-poblaciones cada una de las aldeas del área de influencia de los 3 CESAR.

El tamaño total de la muestra resultó ser de 101 familias y la asignación interna de ésta se hizo mediante una afijación proporcional.

La delimitación de la muestra alrededor de 100 familias obedeció a las razones anteriormente señaladas y además porque el propio equipo investigador decidió asumir recolección de los datos del estudio.

Instrumentos y Procedimientos de Recolección de los Datos:

Se elaboraron tres tipos de formularios estructurados: a nivel familiar, para el personal formal y comunitario y para las entrevistas con el Comité de Salud, cada uno de ellos con un instructivo para uniformar los criterios de su llenado y facilitar las entrevistas. En los tres tipos de cuestionarios se han incluido algunas preguntas abiertas, cuyas respuestas fueron codificadas a posteriori de las entrevistas.

El formulario familiar reúne información sobre percepción de la familia en lo referente a las acciones que desarrolla el personal formal y comunitario para promover cambios de conducta, conocimiento sobre las organizaciones existentes en su comunidad, incluyendo el Comité y su participación en el proceso a través de conductas individuales y colectivas frente a los problemas de salud, con énfasis en los aspectos materno-infantiles.

El formulario dirigido al personal formal y comunitario brinda información sobre la ubicación de este personal dentro del Programa como agente promotor de cambios de conductas así como su relación con los restantes miembros del equipo y su percepción sobre la disponibilidad de los recursos para desarrollar sus actividades.

Para el Comité de Salud, a más de valorar su ubicación dentro del programa, el cuestionario reúne información sobre su relación con las otras organizaciones existentes en la comunidad.

Para la extracción de la muestra hubo que completar primeramente los croquis de las aldeas de las que no se disponía información.

A través de los croquis se logró, a más de identificar las viviendas, tener el total de familias por aldeas. Esa información es la que sirvió de base para la extracción de la muestra dentro de cada aldea.

La muestra proviene de todas las aldeas del área de influencia de cada CESAR incluyendo la aldea de cabecera en que se encuentra el Centro de Salud.

Para San Antonio de Padua se excluyeron Las Marías y Corralitos, ya que si bien la población actualmente asiste a este CESAR, no pertenece a su área de influencia según la división sanitaria establecida en la región.

En el Anexo II se consigna el total de viviendas por aldea, las incluidas en la muestra y el personal formal y comunitario que debía ser entrevistado para cada una de las aldeas.

Antes de proceder a la tarea de recolección de la información, el grupo realizó reuniones de discusión para el adiestramiento en el uso de los formularios.

En estas reuniones se analizaron en detalle las funciones identificadas para cada uno de los miembros del personal formal y comunitario para estandarizar criterios y manejar las alternativas propuestas en los cuestionarios.

Antes de la encuesta definitiva (3 al 12 de mayo de 1978) se hizo un pretest en un área próxima a las seleccionadas para el estudio tomando dos o tres familias, y entrevistando a uno de cada uno de los integrantes del equipo de salud. Se exceptuó de este pretest al Comité.

Como mecanismos de control para verificar la calidad de la información volcada en los formularios el grupo mantuvo reuniones (diariamente durante el período de la encuesta) para decidir en conjunto las dudas que hubieran sobrevenido durante las entrevistas.

La confiabilidad de la información no fue controlada debido a que el formulario familiar, por la cantidad de preguntas incluidas requería bastante tiempo. Se pensó que ésto podía traer como consecuencia, en una segunda instancia, errores en las respuestas por fatiga del entrevistado.

RESULTADOS

CAPITULO I: ACTITUDES QUE CARACTERIZAN AL PERSONAL COMUNITARIO, FORMAL Y AL COMITE DE SALUD EN SU FUNCION DE PROMOVER LA PARTICIPACION COMUNITARIA EN EL PROGRAMA DE AMPLIACION DE COBERTURA

A. PERSONAL COMUNITARIO

Los cuadros N^o I-1, I-2 y I-3 muestran la distribución de Guardianes, Representantes de Salud y Parteras Empíricas adiestradas respectivamente que se encontraban trabajando en cada uno de los CESAR identificados en el estudio.

En cuanto al Cuadro No. I-1 cabe señalar que dentro de las 6 aldeas en contradas sin guardián, 4 son cabecera de área de influencia (sede del CESAR) y el Plan de Salud no contempla la elección de guardianes en -- aquellas aldeas en que hay auxiliar de enfermería.

En San Antonio de Padua hay 2 aldeas en estas condiciones: Los Limones cabecera del centro y San Antonio Centro que prácticamente cons-- tituyen la misma aldea.

Puede concluirse que de las 10 aldeas de San Antonio de Padua solo una carece de Guardián (La Rinconada) si bien la atención de esta población está cubierta por el Guardián de Esquinay Arriba.

De las siete aldeas de Pavana, solo el Pital no tiene Guardián y en El Tular todas las aldeas de influencia están cubiertas con este personal comunitario.

En cuanto a los representantes de Salud (Cuadro N° I-2) de las 21 aldeas, 4 carecen de representante, de las cuales 3 pertenecen a San Antonio de Padua y 1 a Pavana.

El Representante de la Aldea Agua Caliente (Pavana) no fue entrevistado pues había renunciado para la fecha de la encuesta.

De las 3 aldeas que carecen de representante en San Antonio de Padua, una es San Antonio Centro, población que está cubierta por uno de los dos representantes que tiene Los Limones, aldea contigua a la anterior.

En resumen, las aldeas que no tienen representante de salud son: Esquinay Arriba y Esquinay Abajo a las que se agrega actualmente Agua Caliente.

Con referencia a las Parteras Empíricas Adiestradas solo el CESAR de San Antonio de Padua cuenta con este personal capacitado, observándose a la vez que hay 3 aldeas, Los Limones, Esquinay Abajo y La Rinconada que aún no cuentan con parteras adiestradas.

En Esquinay Arriba que es la aldea que tiene 2 Parteras Empíricas Adiestradas, una de ellas es a la vez el Guardián de Salud y entre ambos asisten los partos que se presentan en La Rinconada. La aldea de Los Jobsos tiene 3 Parteras Empíricas Adiestradas, hecho favorable ya que se trata de una población muy dispersa.

1. PERCEPCION DEL PROGRAMA DE AMPLIACION DE COBERTURA

Este aspecto fué valorado a través del conocimiento respecto del Programa de Ampliación de la Cobertura, que tiene el personal comunitario y adquirido mediante el adiestramiento.

La inclusión de este aspecto obedece a que una de las funciones establecidas para el personal, tanto formal como comunitario, es el de Divulgación de la Política y los Programas de Salud.

A nivel empírico se solicitó al personal que elaborara un concepto del Programa.

En una gran proporción de respuestas la opinión vertida por el personal comunitario no constituye un concepto del Programa dado que en su mayoría se enumeran una serie de actividades consideradas fundamentales.

Por otra parte muchas respuestas se dieron en términos de beneficios que el Programa puede traer a la población (disminuir las enfermedades, mejoramiento de la comunidad, etc) y/o para el propio personal. (mejor conocimiento, ahora les ayudan, mejora en su trabajo, etc).

Atendiendo a que la pregunta era abierta se siguió la siguiente metodología: en primer lugar se hizo una lectura detallada y textual de las respuestas proporcionadas para tratar de identificar aspectos comunes. Luego se procedió a categorizar las posibles respuestas teniendo en cuenta los principios generales establecidos para el Programa con una mayor precisión en lo referente a Participación Comunitaria en función a las opiniones vertidas por el personal.

a) Guardianes de Salud (G.S.)

Para el Guardián de Salud, al igual que para Representante y Parteras Empíricas adiestradas se analizó por una parte el concepto global del Programa que tiene cada miembro del personal y por otra -

la frecuencia con que se identificaron los aspectos particulares del Programa.

Así, en el Cuadro N° I-4 se observa que para los 15 G.S. entrevistados 5 de ellos tienen un concepto muy limitado por lo que identificaron un solo aspecto de los que caracterizan al programa, en tanto que hay 2 G.S. pertenecientes a San Antonio de Padua que incluyen tres aspectos en su concepto.

De intentarse establecer diferencia entre los 3 CESARES parecería que Pavana presenta G.S. menos informados (4 de los 5 G.S. contestaron un solo aspecto del Programa).

Considerando por separado los distintos aspectos del Programa (Cuadro N° I-5) se observa que en 7 oportunidades se reconoció que el Programa "Incorpora acciones educativas para la prevención de las enfermedades", estando en segundo lugar (6 casos) que "Extiende los servicios al área rural (Cobertura)".

Es importante destacar el hecho de que solo un G.S. (de los 15 entrevistados) reconoció que el Programa "Permite la atención de pacientes en distintos niveles de complejidad (Referencias)", a la vez que "Incorpora acciones educativas para promover el control del embarazo, crecimiento y desarrollo, etc".

b) Representantes de Salud (R.S.)

Con referencia al concepto que tienen los 20 R.S. entrevistados 8 manifestaron un solo aspecto del Programa y en 5 casos la respuesta proporcionada no permitió elaborar el concepto. (Cuadro N° -- I-6).

En el caso de R.S. aparentemente sería San Antonio de Padua quien dispone de personal menos informado (6 respondieron un solo aspecto

o bien no se pudo elaborar el concepto).

En los aspectos particulares del Programa (Cuadro N° I-7) 5 veces - fué mencionado que el Plan de Salud "Incorpora acciones educativas para la prevención de enfermedades" y para "Realizar actividades de Saneamiento del medio".

El aspecto de que el Plan "Promueve el trabajo en equipo" fué identificado en 4 oportunidades y en 3 que "Promueve la participación comunitaria" si bien ésto último fué expresado en forma general.

Cabe señalar que solo un R.S. a más de identificar la "Participación Comunitaria como uno de los aspectos del Programa" la interpreta a través de la "Asistencia de reuniones de discusión de problemas generales de la Comunidad".

c) Parteras Empíricas Adiestradas (P.E.A.)

El Cuadro N° I-8 señala que si bien 4 P.E.A. no suministraron información suficiente para elaborar el concepto que este personal -- tiene respecto del Programa, en todos los casos valoraron al Plan en el sentido de que favorece su trabajo actual, ya sea por su adiestramiento, por la supervisión y el trabajo en equipo.

Además 4 de las P.E.A. incluyen más de un aspecto del Programa en su concepto.

Particularizando en cada aspecto del Programa (Cuadro N° I-9) en 3 - oportunidades se mencionó que el Plan "Incorpora acciones educativas para la prevención de enfermedades" y "para realizar actividades de Saneamiento del medio".

Es importante destacar que haya P.E.A. que identifiquen como actividad la orientada al Saneamiento del medio y más aún que este hecho se dé en las 3 P.E.A. que tienen mayor información respecto de la nueva Política.

2. IDENTIFICACION DEL PERSONAL COMUNITARIO CON EL PROGRAMA
A TRAVES DEL PAPEL QUE LE CORRESPONDE DENTRO DE EL.

Este aspecto también fué valorado a través de una pregunta abierta para permitir la mayor amplitud de respuestas en cuanto a las actividades que el personal considera como de mayor importancia dentro del Programa y que forman parte del conjunto de acciones que debe desarrollar.

Las actividades identificadas en las respuestas prácticamente coinciden con las establecidas por el Programa, con excepción del caso de los R.S. en que 3 de ellos mencionaron otras actividades no incluidas dentro de sus funciones.

a) Guardianes de Salud

En el Cuadro N° I-10 se observa que una de las respuestas más frecuentes es que el G.S. debe desarrollar actividades "asistenciales" (6 casos). Sin embargo este aspecto fué nombrado por solo un guardián como tarea exclusiva estando los otros 5 casos asociados con actividades educativas.

La mayor parte de las respuestas se refieren a "Actividades educativas para el saneamiento del medio" y para la "Higiene personal". Llama la atención el escaso número de G.S. que han identificado como actividades fundamentales dentro del Programa las "Educativas para promover el control del embarazo, parto y puerperio", las tendientes al "control de crecimiento y desarrollo del niño" y aquellas para "promover la aceptación de las vacunas" a lo que se agrega que solamente un G.S. identifica a la "Promoción de referencias" como una tarea - que tiene bajo su responsabilidad.

X b) Representantes de Salud

En el caso de los R.S. (Cuadro N° I-11) se destacan las acti-

vidades "educativas para el saneamiento del medio" (13 R.S.) seguida de 4 casos en que se mencionó "acciones educativas" sin indicar su contenido y otros tantos en que la respuesta dada por los R.S. no especificó actividades.

c) Parteras Empíricas Adiestradas

Este personal (Cuadro N° I-12) señala en mayor grado que para el caso de G.S. y R.S. las actividades "asistenciales" asociadas con la de "Promoción de referencias" (5 casos), a la vez que las de "promoción del control del embarazo y puerperio" (4 casos)

3. TIEMPO QUE LLEVAN PARTICIPANDO EN EL PROGRAMA

a) Guardianes de Salud

De los 15 Guardianes (Cuadro N° I-13) que están participando en el Programa del área bajo estudio se encuentran 8 cuyo tiempo de trabajo es de menos de un año; 4 de ellos de menos de 6 meses.

La tercera parte de los guardianes (5) llevan trabajando entre año y medio y 2 años y solo 2 más de 2 años.

b) Representantes de Salud

De los 20 R.S. detectados (Cuadro N° I-14) se observa que la mitad (10) llevan menos de 1 año de participación en el Programa. Comparando los 3 CESAR estudiados, Pavana muestra la mayor proporción de este personal con mayor antigüedad: 5 de los 7 R.S. tienen más de 2 años de trabajo en el Programa.

c) Parteras Empíricas Adiestradas

De las 10 P.E.A. encontradas en San Antonio de Padua (Cuadro N° I-15) 8 de ellas llevan menos de 6 meses de trabajo en el Programa.

Esto obedece a que la incorporación de las P.E.A. en esta zona es reciente ya que el curso de capacitación de este personal se llevó a cabo en diciembre del año 1977.

4. PERCEPCION DEL PERSONAL COMUNITARIO EN LO REFERENTE AL PAPEL QUE JUEGA LA COMUNIDAD DENTRO DEL PROGRAMA (PARTICIPACION COMUNITARIA EN EL PROGRAMA)

La pregunta formulada para elaborar este concepto no resultó accesible al personal comunitario. Esto motivó un cambio en la información a recoger sustituyendo el concepto o percepción del personal comunitario respecto de la participación comunitaria dentro del Programa por la opinión que éste tiene sobre las actividades que la comunidad desarrolla actualmente en apoyo del mismo.

a) Guardianes de Salud

La opinión vertida por los G.S. (Cuadro N° I-16) indica que dentro del conjunto de actividades que realiza la comunidad en apoyo del Programa, se destacan en primer término la "asistencia a reuniones promovidas por el G.S. para charlas educativas" (11 casos) y para "resolver problemas de saneamiento" (10 casos), En 9 oportunidades los G.S. reconocen que la comunidad participa porque "consultan por estar enfermos, aceptando sus consejos sobre medicinas y referencias".

La mayor participación comunitaria que se daría mediante el "planteo de sus problemas para que en conjunto sean resueltos", fue identificada una sola vez como actividad de la comunidad.

El cuadro N° I-17 que muestra la actividad de mayor participación comunitaria detectada por los G.S. para cada una de sus aldeas, evidencia que en 7 comunidades la máxima participación se da a través de "la asistencia a reuniones promovidas por el G.S. para resolver problemas de saneamiento".

Sólo un G.S. manifiesta que la comunidad participa en el grado de planteamiento de sus problemas para que en conjunto sean resueltos.

b) Representantes de Salud

Tomando individualmente las distintas actividades que la comunidad desarrolla (Cuadro N° I-18) resalta, con 13 casos, que la comunidad asiste a "reuniones para resolver problemas de saneamiento" y que en 11 "ejecutan proyectos comunales promovidos por el R.S." para nombrar las más frecuentes.

Sin embargo en el (Cuadro N° I-19) la actividad más participativa de la comunidad es la de "ejecución de proyectos comunales promovidos por el R.S." ya que fue identificada para 8 comunidades.

Cuatro aldeas tienen un grado de participación mayor ya que "plantean sus problemas para que en conjunto sean resueltos" y en el otro extremo las 3 aldeas clasificadas en "otro" corresponden a la situación de no participación comunitaria (no presta apoyo, no comprende el programa).

c) Parteras Empíricas Adiestradas

Para este personal (Cuadro N° I-20) la participación de la comunidad se evidencia actualmente a través de: las "consultas por parto" (6 casos) y las "consultas con aceptación de consejos sobre medicinas y referencias" (7 casos).

Llama la atención que 2 de las 10 P.E.A. reconozcan que la comunidad "asiste a reuniones promovidas por este personal para resolver problemas de saneamiento".

Considerando la mayor participación comunitaria identificada por las P.E.A. se observa en el (Cuadro N° I-21) que 2 parteras reconocen que la comunidad actualmente "plantea sus problemas" y solo una manifiesta que su comunidad participa "consultando por sus partos".

5. PERCEPCION DEL PERSONAL COMUNITARIO SOBRE EL TIPO DE RELACIONES QUE DEBE MANTENER CON LA COMUNIDAD

5.1. Papel más o menos activo que entiende debe desarrollar a través de acciones individuales.

La pregunta formulada para evaluar este aspecto buscaba discriminar entre actividades puramente pasivas como ser de "atender las consultas que la comunidad le hace" hasta el comportamiento más activo cual es el de "reunirse con la comunidad para detectar sus problemas y buscarles solución" pasando por situaciones intermedias como son el "hacer visitas domiciliarias".

Los Cuadros N° I-22, I-23 y I-24 están conformados según el papel más activo identificado por el personal dentro del conjunto de acciones individuales por él consignadas.

a) Guardianes de Salud

Como se vé en el Cuadro N° I-22 prácticamente la mitad de los G.S. muestran tener un concepto adecuado del papel que les corresponde desempeñar frente a la comunidad: 7 de ellos dicen que deben "reunirse con la comunidad para detectar sus problemas y buscarles solución".

En segundo orden 5 manifestaron que deben "promover reuniones o charlas educativas".

b) Representantes de Salud

En el caso de los R.S. (Cuadro N° I-23) se dá una situación similar a la de los G.S. puesto que 11 de los 20 identificaron el papel más activo dentro de sus acciones individuales.

Sólo 1 R.S. reconoció que debe hacer "visitas domiciliarias para divulgar los Programas" y otro para "captar pacientes y referirlos si es necesario".

c) Parteras Empíricas Adiestradas

En el caso de la P.E.A. (Cuadro N° I-24) se encuentran 3 que se ubican en el papel más activo, en tanto que una sola P.E.A. identifica la actitud más pasiva que es "atender las consultas que le hagan".

5.2 Papel más o menos activo que entiende debe desarrollar en coordinación con el resto del personal formal y comunitario.

Para cada uno de los miembros del equipo comunitario este aspecto fue valorado a través de la cantidad de personas, del resto del personal formal o comunitario, y organizaciones comunitarias con los cuales consideran que deben trabajar en forma coordinada, tanto frecuente como permanentemente. (Se ignoran en este análisis las coordinaciones esporádicas o contactos de "algunas veces").

Además se tomó en cuenta el número de actividades que ellos identifican para este trabajo coordinado individualizando con quienes (personal y organizaciones) creen deben desarrollarlo.

a) Guardianes de Salud:

El Cuadro N° I-25 muestra que 6 de los G.S. (4 de ellos de Pavana) consideran que deben trabajar en forma coordinada no solamente con varios integrantes del equipo de salud sino con las organizaciones comunitarias incluyendo en 2 casos al propio comité de salud.

En el otro extremo 4 G.S. identificaron un solo integrante del personal: 2 opinan que deben trabajar con la A.E. y 2 con el R.S. solamente.

Teniendo en cuenta el número de actividades a coordinar con el resto del personal, se observa en el Cuadro N° I-26 que Pavana es el área donde los G.S. coordinan más estrechamente sus actividades y fundamentalmente con la A.E., el P.S., el R.S. e incluso con las organizaciones comunitarias.

En San Antonio de Padua esa coordinación se da en menor grado y pese a que dispone de P.E.A. únicamente 2 de los 7 G.S. coordinan alguna actividad con este personal.

Cabe agregar que ninguno de los 7 G.S. ha identificado al Comité de Salud como organización con la que debe trabajar.

b) Representantes de Salud

De los 20 R.S. (Cuadro N° I-27) 8 opinan que deben coordinar sus actividades con 3 o más miembros del personal formal o comunitario, si bien, en ningún caso se menciona la relación con otras organizaciones.

Además 3 R.S. refirieron no trabajar con nadie y otras 3 solamente con el P.S.

Con características similares a lo visto para el caso de G.S. (Cuadro N° I-28) los R.S. de Pavana coordinan un mayor número de actividades con el resto del personal: en primer término con la A.E. (5 R.S.), le sigue el P.S. (5 R.S. pero con un número menor de actividades), y en tercer lugar el G.S.

Reiterando lo visto en el cuadro anterior en ninguna de las 3 áreas se coordinan actividades con el Comité de Salud ni con el resto de las organizaciones comunitarias.

c) Parteras Empíricas adiestradas

Las P.E.A. pese a su reciente incorporación al Programa (Cuadro N° I-29) reconocen la necesidad de coordinación con el resto del personal y organizaciones: 8 de las 10 opinan que la coordinación debe hacerse como mínimo con 2 personas del equipo de salud, y en 2 casos se consignan relaciones con otras organizaciones comunitarias y el Comité de Salud.

Tomando en cuenta el número de actividades a coordinar parecería que la P.E.A. se relaciona en mayor grado con el R.S. y el G.S. en ese orden y con menos actividades con la A.E. (Cuadro N° I-30).

6. OPINION SOBRE LA DISPONIBILIDAD DE LOS RECURSOS QUE DEBE PROVEERLE EL PROGRAMA PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES.

Esta variable fué estudiada no solamente en lo relacionado con la suficiencia de los recursos sino que también se indagó sobre cuáles son los elementos o equipos cuya carencia consideran fundamentales.

a) Guardianes de Salud

La tercera parte de los G.S. estudiados consideraron que los su ministros eran insuficientes. La totalidad de los G.S. de San Antonio de Padua respondieron en ese sentido (Cuadro N° I-31).

Entre los elementos señalados de los cuales ellos carecen, figuran en primer término los utilizados para curaciones, no siendo menos importante la carencia de medicinas.

Cabe señalar que hubo 2 G.S. que manifiestan como necesidad la capacitación que los habilite a inyectar y para el uso de algunos medicamentos, como así también una mayor variedad en el suministro de medicamentos que les permita cubrir más patologías (Cuadro N° I-32).

b) Representantes de Salud

En el Cuadro N° I-33 se encuentra que 12 de los 20 R.S. conside ran a los suministros como insuficientes.

Dada la naturaleza de sus actividades los elementos de que carecen son fundamentalmente materiales y herramientas para la construcción de letrinas y pozos.

No obstante un R.S. de El Tular consigna como necesidad "medicinas" y otro requiere el apoyo del equipo de salud al P.S. para conseguir materiales (Cuadro N° I-34).

c) Parteras Empíricas Adiestradas

De las 10 P.E.A. entrevistadas 9 reconocieron la insuficiencia de los recursos (Cuadro N° I-35) y los elementos que se mencionan tienen vinculación con las tareas que les corresponden desarrollar, figurando en primer término: alcohol, merthiolate y ligamentos para cordón umbilical (Cuadro N° I-36).

B. PERSONAL FORMAL

a) Auxiliares de Enfermería

El tiempo de trabajo dentro del Programa de los A.E. es similar en los 3 CESAR y concuerda con el tiempo que lleva de implementada el área.

Su percepción del Programa de Ampliación de la Cobertura es limitada dado que abarca pocos aspectos de los que lo caracterizan; fundamentalmente se menciona el concepto de cobertura.

Entre las tareas identificadas como más importantes predominan las orientadas a la promoción de medidas preventivas. La A.E. de Pavana destaca además una actividad asistencial y no menciona la proyección de su trabajo hacia la comunidad como lo hacen los A.E. de San Antonio de Padua y El Tular.

La percepción del papel que juega la comunidad dentro del Programa es un tanto limitada para los A.E. Los 3 señalan una participación en los aspectos asistenciales del Programa y también en la asistencia a reuniones para charlas educativas. Solo en San Antonio de Padua y El Tular se identifica un papel más activo de la participación comunitaria (resolución de problemas de saneamiento y ejecución de proyectos).

Los 3 A.E. identifican 3 aspectos dentro del papel que les corresponde en su relación con la comunidad: el primero, pasivo, es el de la atención de las consultas, el segundo referido a visitas domiciliarias con fines educativos, captación de pacientes y referencias y finalmente, el tercero, de promoción de reuniones para charlas educativas.

Las A.E. de El Tular y Pavana mencionan como una de las funciones el promover proyectos comunales y de éstos la de Pavana considera además que debe reunirse con la comunidad para detectar sus problemas y buscarles solución.

Los A.E. identifican de manera diferente al personal con quienes deberían establecer contactos más estrechos para desarrollar sus actividades. Así el A.E. de San Antonio de Padua reconoce que debería coordinar su trabajo con los 4 integrantes del equipo; en Pavana se identifica al P.S. y R.S. y en El Tular solo al G.S. (coordinación permanente o frecuente).

Llama la atención que ninguno de los A.E. menciona a la enfermera de área como personal con quien debe relacionarse para sus tareas.

En cuanto a las organizaciones comunitarias, en Pavana, la A.E. nombra al Patronato de la comunidad y al Club Amas de Casa para una coordinación frecuente, en tanto que El Tular ubica al Club Amas de Casa como la organización con la que debe tener un contacto permanente. Merece destacarse que en ningún caso se menciona al Comité de Salud.

El número de actividades identificadas para coordinar acciones con el resto del personal es un tanto reducido en comparación con el total de funciones asignadas a cada uno de los integrantes del equipo de salud. Además, en el caso de San Antonio de Padua, el A.E. menciona actividades coordinadas con el G.S. cuando la responsabilidad de las mismas recae sobre la P.E.A. Otro tanto se da en Pavana en lo referente a la coordinación de actividades con el P.S. con quien se identifican tareas que corresponden a los grupos organizados de la comunidad dejando de lado acciones relevantes para una coordinación.

Los 3 A.E. manifiestan que el suministro de medicamentos, materiales y equipo es insuficiente para desarrollar sus actividades.

En Pavana y El Tular se mencionan como recursos necesarios la provisión de viáticos para desplazamiento a las áreas rurales.

b) Promotores de Salud

A diferencia de los A.E. los P.S. actuales están trabajando en el área de estudio desde hace muy poco tiempo. El de mayor antigüedad es el de San Antonio de Padua con 5 meses de trabajo.

El conocimiento del Programa por parte de los P.S. difiere significativamente entre los 3 CESAR. El P.S. de Pavana es el que tiene una visión más amplia del Programa aunque no menciona todos sus aspectos, en San Antonio de Padua solo se enfatiza lo relativo a la participación comunitaria y el P.S. de El Tular aporta ideas generales que no hacen a la esencia del Programa.

El P.S. de Pavana es el único que concretiza una actividad (proyectos de letrización y perforación de pozos) en tanto que los 2 restantes se limitan a hacer enunciados generales sin especificación de tareas.

La visión que tienen los P.S. respecto de la participación comunitaria en el Programa es muy restringida. Como expresión máxima de esa participación se reconoce la de "ejecución de proyectos comunales, promovidos por el P.S." y esto solamente en El Tular y Pavana.

A pesar de que el P.S. es uno de los miembros del equipo a quien le cabe la mayor responsabilidad de impulsar la participación comunitaria, se observa que este personal percibe en forma insuficiente el papel que le toca desempeñar

Entre los roles más activos identificados se mencionan el "hacer visitas domiciliarias para captar y referir pacientes", "promover charlas educativas" y "proyectos comunales de saneamiento, huertos, etc". con escasas diferencias entre los 3 CESAR.

En lo referente a la coordinación con otros miembros del personal cada uno de los P.S. plantea situaciones diferentes. En San Antonio de Padua el P.S. se relaciona con el G.S., el R.S. y la A.E. pero no menciona la P.E.A. En Pavana la relación se establece con el personal, excluyendo la P.E.A. ya que no existe este personal, agregándose los grupos campesinos como organización con la que él entiende debe trabajar. En el caso de El Tular el P.S. no reconoce siquiera la necesidad de una coordinación frecuente o permanente e identifica al G.S., R.S. y maestros como personas con quienes debe contactar algunas veces, sin ninguna mención de la A.E.

Cabe señalar que ninguno identifica al coordinador de área como tampoco otras organizaciones comunitarias para establecer relaciones de trabajo, entre las que se incluye al Comité de Salud.

En forma similar a lo observado para A.E. las actividades identifica-das para establecer la coordinación se dan en número insuficiente (El Tular no mencionó ninguna actividad) con el agregado de que no se jerarquizan debidamente las distintas actividades ya que, según opinión de los autores, se omiten las fundamentales destacándose tareas secundarias.

Los 3 P.S. reconocen la insuficiencia de los recursos que les provee el Programa y consideran como necesario la provisión regular de materiales y equipos indispensables para la construcción de pozos y letrinas, como así también de viáticos en el caso de El Tular.

c) Comités de Salud

La evaluación de los Comités de Salud se circunscribe a los de San Antonio de Padua y Pavana pues, como se ha dicho, El Tular no ha conformado aún esa organización pese a que ya dispone del personal comunitario que le sirve de base, los R.S.

Ambos comités llevan muy poco tiempo de conformados (3 y medio y 5 meses) o sea que en esta área la integración de estos organismos se ha hecho con un considerable retraso respecto del momento de la implementación o bien no se ha hecho aún como en el caso de El Tular.

Aun cuando los miembros naturales del Comité son los R.S., situación que se dá en Pavana integrado por 8 R.S., resulta interesante la variante observada en San Antonio de Padua cuyo comité está formado por 7 R.S., 2 P.E.A. y un G.S.

El concepto que tiene el Comité de San Antonio de Padua del Programa incluye tres aspectos básicos del mismo: aumento de la cobertura, capacitación de personal y proyectos de saneamiento del medio, en tanto que, el conocimiento evidenciado por el de Pavana es mucho más limitado ya que reconoce sólo los aspectos de coordinación de acciones y participación en proyectos.

Al hacer mención de las actividades más importantes que le corresponden, el Comité de Salud de San Antonio de Padua identifica acciones de divulgación del Programa y educativas, orientadas al saneamiento del medio (agua, letrinas, quema de basuras) mientras que el de Pavana únicamente manifiesta que "hace gestiones con la A.E. y P.S. para mejorar la salud comunitaria" sin precisar qué tipo de acciones desarrolla.

Como para el resto del personal formal los comités visualizan en forma limitada la participación comunitaria dentro del Programa: ambos reconocen que ésta se dá en su mayor expresión, cuando participan en la ejecución de proyectos comunales promovidos por la organización -- aunque San Antonio de Padua considera además otras evidencias de la participación como es la adopción de algunas medidas preventivas (vacunas y suero casero).

Entre las actividades dirigidas a la comunidad que los Comités dicen desarrollar, tanto como cuerpo o a través de los R.S., el de San --

Antonio de Padua menciona el "promover y desarrollar programas sobre saneamiento del medio" y "divulgar las campañas de vacunación". El Comité de Pavana se reduce a sólo "promover proyectos de saneamiento".

Como cuerpo, ambos comités dicen celebrar reuniones con el equipo de salud (formal y comunitario) con el agregado de que el de San Antonio de Padua se identifica como intermediario entre la comunidad y el Ministerio de Salud y el de Pavana realiza acciones pro-mejoramiento de viviendas.

En su labor individual, los miembros del Comité de San Antonio de Padua dicen solo participar en las campañas de vacunación y los R.S. - del Comité de Pavana "desarrollar programas de saneamiento del medio".

Merece destacarse que en ningún momento se mencionó la organización de reuniones con la comunidad, tarea fundamental del Comité, como cuerpo o individualmente a través de sus miembros, y más aún si se tiene presente que al hacer las entrevistas a los R.S. de cada área, 9 de los - 15 R.S. de San Antonio de Padua y Pavana manifestaron "reunirse con la comunidad para detectar sus problemas y buscarle solución" (Cuadro N° I-23).

Ambos comités de salud dicen coordinar frecuentemente sus actividades con el resto del personal formal y comunitario: A.E., P.S. y G.S. (En San Antonio de Padua se nombra además a la P.E.A.). Sin embargo ninguno de los dos comités se vincula a organización comunitaria alguna.

Cabe en este caso señalar la importancia de una comparación entre la información vertida por los comités de salud y la recabada en las entrevistas individuales a cada miembro del equipo de salud. En éstas, solamente 2 G.S. de Pavana parecen coordinar actividades con el Comité (Cuadro N° I-25), ningún R.S. pese a que ellos son los propios integrantes del Comité (Cuadro N° I-27) y una sola P.E.A. (Cuadro N° I-29). Además los A.E. y P.S. en ningún caso manifestaron coordinar su trabajo con el Comité de Salud (Cuadros N° I-37 y 38).

Las actividades que coordina el Comité con el personal de salud a mas de ser enunciadas con cierto detalle, están de acuerdo con las funciones particulares de cada uno de los miembros con quienes se relaciona.

En cuanto a la suficiencia o no de los recursos que disponen, llama la atención la respuesta del Comité de Pavana que manifiesta tener suficientes materiales para el desarrollo de sus actividades. En lo referente al de San Antonio de Padua sus necesidades fundamentales son -- materiales para P.E.A. y G.S. y para proyectos de saneamiento del medio. Esto reafirma su concepto de intermediario entre el Ministerio y la comunidad.

El conocimiento que tienen los comités de salud de las otras organizaciones comunitarias parece ser limitado: el de San Antonio de Padua reconoce dos organizaciones, el Patronato de Desarrollo Comunal y el Comité de Desarrollo Juvenil y del primero no conoce ninguna de sus características, orientación, formas de acción, etc.

El Comité de Pavana identifica a tres organizaciones: el Patronato pro-mejoramiento comunitario, el Club Amas de Casa y ligas campesinas.

Ambos comités manifiestaron no vincularse con ninguna de las organizaciones para coordinar actividades aunque para 4 de las 5 identifican su orientación y formas de acción.

CAPITULO II: PERCEPCION DE LA COMUNIDAD ACERCA DE LAS ACCIONES DIRECTAS DEL PERSONAL FORMAL Y COMUNITARIO DIRIGIDAS A PROMOVER CAMBIOS DE CONDUCTAS DE LA POBLACION

En primer lugar se analizó la participación que ha tenido el personal formal y comunitario para hacer conocer el Programa de Ampliación de la Cobertura en la población de su área de trabajo.

El Cuadro N° II-1 muestra para cada CESAR la cantidad de familias que conocen el Programa de extensión de servicios. La aparente mayor proporción de familias de Pavana que sí conocen el Programa queda descartada ($\chi^2 = 2,68$; $P < 0,05$), por lo que se concluye que el conocimiento del Programa es similar en las 3 áreas.

Para las familias que conocen del Programa de Ampliación de la Cobertura era de interés saber en qué medida el personal formal y comunitario había sido responsable de ese conocimiento. En el Cuadro N° II-2 se observa que de las 35 familias de San Antonio de Padua 15 conocieron el Programa a través de algún miembro del personal formal y/o comunitario. En Pavana son 10 las familias de un total de 31 y solo 8 en El Tular. No obstante las cifras, la participación del personal en divulgar el Programa no difiere entre las 3 áreas ($\chi^2 = 3,20$; $P < 0,05$)

En los Cuadros N° II-3 a II-7 se muestran las acciones desarrolladas por cada uno de los miembros del equipo para hacer conocer los Programas.

En el caso del A.E. se observa que de las 101 familias estudiadas en la muestra, 83 no han tenido contacto con la A.E. ya sea a través de visitas o reuniones en la comunidad. De las 18 familias informadas del Programa por la A.E., en 12 este personal hizo visitas domiciliarias y para 5 familias la información la obtuvieron a través de reuniones en la comunidad. No se destacan variaciones apreciables entre los 3 CESAR. (Cuadro N° II-3).

Los P.S. han participado sensiblemente en menor grado en hacer conocer el Programa, desde que de las 101 familias solo 2 han manifestado haber recibido la información por medio de este personal (Cuadro N° II-4).

En cuanto a los G.S. (Cuadro N° II-5), si bien su participación en hacer conocer el Programa es similar a la del A.E., puede observarse que presentan diferencias significativas entre las áreas en lo que respecta a su intervención ($\chi^2_{2 \text{ g.l.}} = 8,47, P < 0,05$) y en cuanto a la forma de divulgar los programas ya que en la mayoría promovieron reuniones para ello.

Los G.S. de San Antonio de Padua y Pavana han contribuido mucho más activamente en este aspecto que los de El Tular. (ver gráfico N° II-5 A).

Once de las 101 familias (Cuadro N° II-6) se han enterado del Programa por medio del R.S., aunque las acciones de este personal se dan en mayor proporción en San Antonio de Padua y Pavana. Al igual que en el caso de los G.S. ($\chi^2_{2 \text{ g.l.}} = 7,40; P < 0,05$). Estas diferencias pueden observarse en el gráfico II-6 A.

Para el CESAR que cuenta con P.E.A., San Antonio de Padua, se evidencia que este personal prácticamente no ha participado en hacer conocer el Programa (Cuadro N° II-7).

En los Cuadros N° II-8 a II-12 se observa la frecuencia de las visitas domiciliarias que realizan cada uno de los integrantes del personal formal y comunitario.

Sesenta y siete familias en total manifestaron no haber recibido visita de la A.E., 8 dijeron una vez, 23 algunas veces y el resto frecuentemente. Esta situación presenta variantes en los 3 CESAR ya que, el A.E. de San Antonio de Padua hace visitas domiciliarias en una baja proporción ($\chi^2_{2 \text{ g.l.}} = 15,8; P < 0,01$) (Cuadro N° II-8 y gráfico N° II-8 A).

Los P.S. hacen, en general, menos visitas que la A.E., 24 de las 101 familias dijeron haber sido visitadas por este personal al menos una vez. En este caso no se observan variaciones apreciables entre las tres áreas. (Cuadro N° II-9).

En el Cuadro N° II-10 se observa que los G.S. de San Antonio de Padua son más activos en lo referente a visitas domiciliarias que los de Pavana y El Tular (Gráfico N° II-10 A). Quince familias de las 35 de San Antonio de Padua dijeron haber sido visitadas por este personal en tanto que en El Tular ese número se reduce a solo 5. ($\chi^2_2 = 7,22$; $P < 0,05$).

Lo señalado para G.S. se reitera en el caso de R.S. (Cuadro N° II-11) puesto que el número de familias visitadas en San Antonio de Padua es de 13,9% en Pavana y únicamente 3 en El Tular. Estas diferencias prueban ser estadísticamente significativas ($\chi^2_2 = 8,09$; $P < 0,05$) (Gráfico N° II-11 A).

Las P.E.A., según la percepción de las familias, han hecho visitas a 7 de las 35 familias de San Antonio de Padua (Cuadro N° II-12).

Analizando los consejos dados en sus visitas a las familias por el personal formal y comunitario a través de lo que éstas recuerdan (Cuadros N° II-13 a II-17) se destacan para la A.E. temas como "Higiene de los alimentos, incluyendo hervido de agua" (13 oportunidades), "necesidad de la vacuna" (11 casos); "Higiene y mejoramiento de la vivienda" en 9 veces, etc. (Cuadro N° II-13). De las familias visitadas por la A.E. solo una reconoció que no les habían dicho nada.

Los consejos vertidos por el P.S., de acuerdo con sus funciones, son: en primer lugar "sobre la disposición adecuada de las excretas" (Cuadro N° II-14) siguiéndole "Higiene de alimentos, personal y de la vivienda" para nombrar los más frecuentes. En este caso 5 familias admiten no haber recibido ningún consejo por el P.S.

En el Cuadro N° II-15 se ve que 26 familias (ninguna en El Tular) dijeron que el consejo brindado por el G.S. está vinculado a "la higiene y mejoramiento de la vivienda"; 14 recuerdan sobre "la necesidad de acudir a los servicios cuando el personal se lo aconseja" y en menor grado, consejos referidos a "higiene de los alimentos y personal". De las 8 familias que recuerdan haber recibido consejos sobre

"control del crecimiento y desarrollo del niño" 7 corresponden a San Antonio de Padua, en tanto que son más frecuentes en Pavana los consejos vinculados a "la importancia de la vacuna" y al "control de insectos y roedores".

De acuerdo con la frecuencia con que el R.S. hace visitas se observa en el Cuadro N° II-16 que la variedad de consejos identificados los impone San Antonio de Padua, aunque en esta área hay 5 familias que opinan que no se les dijo nada. Los consejos más frecuentes son los vinculados a la higiene.

En las pocas visitas realizadas por las P.E.A. (Cuadro N° II-17) se aprecia, a más de los consejos vinculados con su actividad, los correspondientes a higiene personal y de los alimentos.

Otras de las funciones directas e individuales que desarrolla el personal formal y comunitario es la de promoción de reuniones con la comunidad. Al respecto, se observa en el Cuadro N° II-18 y en base a la opinión de las familias entrevistadas, que del total de 101, 22 no saben si se hacen reuniones, 53 manifiestan que se hacen algunas veces y 20 que estas reuniones son frecuentes.

En los 3 CESAR la cantidad de familias que reconocen que se realizan reuniones comunitarias supera al 70%, no difiriendo significativamente entre uno y otro y esto es importante si se tiene en cuenta que es una actividad fundamental para promover la participación comunitaria.

Considerando cuáles son los miembros del equipo de salud que promueven las reuniones (Cuadro N° II-19) se destacan y para las 3 áreas igualmente, el G.S. y el R.S. Por otra parte, cabe señalar la no participación en este tipo de actividades del Comité de Salud de San Antonio de Padua y el hecho de que solo una de las 31 familias de Pavana haya expresado que el Comité de Salud promovió reuniones.

No menos importante de destacar es que el personal formal (A.E. y P.S.) escasamente es reconocido por las familias como promotor de las reuniones comunitarias, si se considera que en ellos recae la mayor responsa-

bilidad en este aspecto, fundamentalmente en lo que hace al P.S.

Interrogadas las familias sobre los temas tratados o discutidos en las reuniones (Cuadro N° II-20) los más recordados son: "Promoción de proyectos de saneamiento" (18 familias), "Charlas sobre higiene personal" (15 familias) y "Política y Programas de Salud" (9 familias).

Es notorio que muy pocas familias tengan presente temas como "Control del embarazo y puerperio" y "Control de Crecimiento y desarrollo del niño", que son importantes en la problemática de salud.

Con respecto a una de las principales actividades que debe desarrollar la A.E. dentro de la función educativa y que es el de impartir charlas en el CESAR se muestran en los Cuadros N° II-21 y II-22. la frecuencia de esas charlas y los contenidos de las mismas, respectivamente.

En el Cuadro N° II-21 se observa que más de la mitad de las familias no saben si se realizan charlas lo que puede estar en parte condicionado por una baja concurrencia al CESAR. El reconocimiento de esta actividad se dá igualmente para cada uno de los CESAR y merece destacarse que entre quienes conocen, 27 familias hayan expresado que las charlas se dan algunas veces por semana.

Los temas que más se recuerdan (Cuadro N° II-22) son: "Higiene de los alimentos" y "crecimiento y desarrollo del niño", no así el de "Vacunación" en que solo 2 familias lo tienen presente.

Se observa en el Cuadro N° II-23 que el A.E. figura en primer término como aquel en quien la comunidad tiene mayor confianza, aunque esto pueda ser fundamentalmente debido a las 17 familias de El Tular que lo -- identifican como tal. Si bien en general el G.S. figura en segundo lugar, está a poca distancia de la A.E. y, con la excepción de El Tular, las aldeas de San Antonio de Padua y Pavana prefieren a este personal.

2. PARTICIPACION COMUNITARIA REFERIDA A LA PROBLEMÁTICA SALUD-ENFERMEDAD EN EL SECTOR MATERNO INFANTIL

A. OPINION DE LA COMUNIDAD, SOBRE LOS PROBLEMAS DE SALUD QUE CONSIDERAN PREVALENTES EN LOS NIÑOS.

Este aspecto fue evaluado mediante la identificación que la población hace sobre las enfermedades que más frecuentemente padecen los niños, el conocimiento de sus causas, la evaluación que puede tener el niño enfermo y los mecanismos que las familias identifican para curar y prevenir esas enfermedades.

En el Cuadro N° II-24, con el objeto de valorar el conocimiento de los problemas de salud infantiles a través de la cantidad de patologías que identifican, se encuentra que las familias de Pavana y en segundo lugar San Antonio de Padua identifican más enfermedades que las de El Tular. (χ^2 g.l. 10,38; $P < 0,01$). Ello implica un diferente nivel de conocimiento en este aspecto. (Ver gráfico N° II-24 A), corroborado por el hallazgo de que en El Tular está la única familia de la muestra que no mencionó ninguna patología.

Considerando la variedad de patologías identificadas parecería que el conocimiento es similar en las 3 áreas y bastante ajustado a la realidad por el orden en que fueron mencionadas (Cuadro N° II-25). Así, figuran diarreas y problemas respiratorios en primero y segundo lugar respectivamente.

Por la frecuencia con que fueron nombradas se trabajó sobre estas 2 enfermedades para analizar las causas, evolución y mecanismos de curación y prevención, siempre según la opinión de las familias.

Para las diarreas (Cuadro N° II-26) se identifican como principales causas: el agua, la suciedad, falta de aseo e higiene de los alimentos y las comidas como que éstas hacen daño. Son pocas las familias que no supieron atribuir causas a la diarrea.

Con el objeto de probar la posible diferencia entre áreas del conocimiento sobre las causas que producen diarreas, se compararon las familias que identificaron una o más causas correctas (el agua, la suciedad, falta de aseo e higiene de los alimentos, parásitos y lombrices e insectos) con aquellas que manifestaron no saber o que contestaron incorrectamente. Los resultados (Gráfico N° II-26 A) demuestran que ese conocimiento es mayor en las áreas de San Antonio de Padua y Pavana respecto de El Tular. ($\chi^2_2 = 7,89; P < 0,01$) g.l.

En el Cuadro N° II-27 figuran como causas principales para la gripe: la humedad, frío y sereno, la suciedad, falta de aseo e higiene de los alimentos. Tanto por el número considerable de familias que consignaron no saber las causas, como por la mención frecuente de causas incorrectas, parecería que existe un menor conocimiento de los factores que determinan las enfermedades respiratorias en comparación con diarreas. Esta situación se dá por igual en las 3 áreas cuando se intenta comparar la proporción de familias que tienen algún conocimiento del total de familias de cada CESAR.

Tomando cuenta de la percepción que tienen las familias sobre la evolución que puedan seguir los niños cuando enferman de diarreas o de afecciones respiratorias (Cuadros N° II-28 y II-29) se puede concluir para el caso de diarreas que una alta proporción de familias (57 de las 74) que identificaron diarreas consideran que el niño "puede morir" por esta enfermedad.

En cuanto a las enfermedades respiratorias si bien el número de familias que consignaron "puede morir" desciende a 31 aumenta el número de las que respondieron "empeora" (24 casos para enfermedades respiratorias y 7 para diarreas).

Estas consideraciones generales son válidas para cada una de las áreas ya que no hay diferencias apreciables entre ellas, y muestran la --

existencia de un conocimiento cabal de la gravedad de estos dos problemas de salud y de su repercusión en el niño.

Para analizar la opinión de las madres sobre los mecanismos que identifican para curar o prevenir las enfermedades en los niños se tomaron en cuenta las dos patologías ya mencionadas, pero solo en el caso de que las mismas fueron reconocidas como el primer problema de salud en el niño.

De las 45 familias que identificaron a la diarrea como primera enfermedad, 43 consignaron que "sí puede curarse" (Cuadro N° II-30). En el caso de las enfermedades respiratorias 2 familias entienden que "no puede curarse" de las 42 que las identificaron como el problema más importante de sus niños (Cuadro N° II-31).

En el grupo de familias que manifestaron que estas enfermedades pueden curarse, se observa, en el Cuadro N° II-32, que para diarreas la mayoría identifica el mecanismo de "acudir al Centro" para curar a los niños; 16 consignan "con medicinas" sin precisarlas y solo 2 identifican el "tratamiento casero", (hay una mención de que se administra suero casero).

En el Cuadro N° II-33 de los 10 mecanismos identificados para curar la gripe, en primer lugar figura "acudiendo al Centro de Salud (20 respuestas) "con medicinas sin especificar" (12 respuestas).

Al comparar la proporción de familias que manifestaron que la gripe o diarrea se cura acudiendo a algún servicio de salud, no se han encontrado diferencias significativas entre las 3 áreas.

En cuanto a la posible prevención de las enfermedades se encuentra que de las 45 familias que mencionaron diarrea, 40 consideran que sí es prevenible (Cuadro N° II-34).

Las familias que dijeron que la gripe no es prevenible aumenta a 12 de las 42 que la mencionaron como primera enfermedad, básicamente a expensas de los 8 casos que contestaron en ese sentido en El Tular. (Cuadro N° II-35). No obstante, la relación de familias que consideran no prevenible a la gripe no varía significativamente entre los 3 CESAR.

Entre las maneras identificadas por las madres para prevenir las diarreas figuran con un número importante de respuestas las "medidas -- preventivas caseras (cuidados, aseo, alimentación)" y solamente 3 con signaron no saber de qué manera prevenirla (Cuadro N° II-36).

El esquema de medidas preventivas para gripe (Cuadro N° II-37) difiere del anterior ya que se expresa en primer lugar que la manera de prevenir dicha patología es "con medicinas sin especificarlas", seguido de "medidas preventivas caseras (cuidados, aseo, alimentación)".

Cabe señalar que el identificar "la medicina" como medida preventiva hace suponer que la población no tiene un concepto claro de lo que es prevención en lo referente a gripe.

B. CONDUCTAS INDIVIDUALES DE MIEMBROS DE LA COMUNIDAD ORIENTADAS A LA ATENCION DEL EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO, CRECIMIENTO Y - DESARROLLO DEL NIÑO, INCLUYENDO INMUNIZACIONES Y DIARREAS

De las 101 familias de la muestra en 68 no se registraron embarazos en el último año. Para los 33 embarazos habidos se estudió el lugar de concurrencia para el control del mismo (Cuadro N° II-38).

Veintiún embarazadas no acudieron a ningún lado, o lo hicieron a parteras no adiestradas incluyendo 2 casos de San Antonio de Padua.

Puede concluirse que el control del embarazo, sin precisar en qué -- período del mismo se hace, se dá en baja proporción, y en forma similar para las 3 áreas.

En el Cuadro N° II-39 se señala quienes atendieron el parto. La mayoría de los casos (16 de los 27 partos) fueron asistidos por partera empírica y 9 casos por personas no capacitadas (familiares, vecinos, etc). En San Antonio de Padua, que cuenta con P.E.A., 6 de los 8 partos fueron asistidos por este personal, en tanto que en Pavana hubo 5 de los 11, atendidos por personas no habilitadas para esta actividad. No obstante ello, no hay evidencia suficiente para concluir que existan diferencias significativas entre las 3 áreas.

La concurrencia a los servicios o al personal que ofrece el Programa para el control del puerperio se da aun en menor grado: 3 mujeres concurren al CESAR y una consigné haber recibido visita de la enfermera, esta característica se repite en forma similar para cada uno de los CESAR (Cuadro N° II-40).

Al intentar establecer la posible asociación de la conducta de las madres, durante las diferentes etapas (embarazo, parto y puerperio) en relación con la asistencia a los servicios o atención por parte de personal capacitado (Cuadros N° II-41 A y B) se puede concluir que hay unatotal independencia de esta conducta en los 3 momentos.

Esto significa que si bien las mujeres se hacen atender por personal capacitado o institucional durante el parto no implica la misma atención para el embarazo y el puerperio.

El Cuadro N° II-42 muestra la distribución de las familias según si han llevado a nó al niño más pequeño para el control de peso y altura por indicación de la A.E. De las 77 familias con niños menores de 6 años, 20 concurren alguna vez al CESAR con ese objeto y esta proporción se mantiene sin diferencias entre las 3 áreas.

Analizando las conductas de las madres frente al niño enfermo de diarrea (Cuadro N° II-43) se observa quehubo 27 casos de diarreas en el

mes anterior a la entrevista, de las 77 familias con niños menores de 6 años. De estos 11 acudieron a alguno de los niveles de atención que ofrece el Programa, registrándose una mayor proporción en Pavana donde 9 de los 13 casos recibieron atención por el G.S., CESAR, etc. ---
($\chi^2 = 8,02$; $P < 0,05$) (Gráfico N° II-43-A).
2 g.l.

Se destaca que ninguno de los 5 casos de El Tular recibieron atención institucional o comunitaria.

Con respecto a la conducta efectiva de las madres frente a la campaña de vacunación (la entrevista fue realizada después de la primera fase de vacunación correspondiente al año 1978), se observa en el Cuadro - N° II-44, que la proporción de niños vacunados llega a 43.6% para los niños menores de seis años, de las familias entrevistadas. Para los niños entre tres meses y dos años de edad, la proporción sube a 60% y es de un 40.7% la correspondiente a niños de dos a seis años.

De las tres áreas, Pavana es la que evidencia una mayor proporción de vacunados.

La diferencia entre las proporciones de Pavana y San Antonio de Padua se deben fundamentalmente al grupo de dos a seis años, ya que Pavana registra un porcentaje de 60.7 a diferencia del de Padua que es de 37.5%.

El Tular presenta porcentajes de vacunados significativamente menores en ambos grupos de edades ($\chi^2 = 9,18$; $P < 0,05$) (Gráfico N° II-44-A).
2 g.l.

C. ACCIONES COLECTIVAS TENDIENTES A LA SOLUCION DE ALGUNOS PROBLEMAS QUE TIENEN RELACION CON LA SALUD: AGUA, LETRINAS Y HUERTOS COMUNALES

En los Cuadros N° II-45, 46 y 47 se describe el sistema de abastecimiento de agua en primer término, cuáles miembros del personal de salud --

aconsejaron la construcción de pozos y quiénes participaron en la misma para aquellas familias que disponen de pozos con bomba o ademe o agua de llave.

Sesenta y cinco de las 101 familias entrevistadas se proveen del agua a través del río o vertientes naturales, 11 tienen agua de llave y 22 disponen de pozos: 14 con bomba y 8 solo con ademe (Cuadro N° II-45).

La situación por áreas es significativamente diferente y aquí la zona de Pavana y San Antonio de Padua son las más desfavorecidas en cuanto a la construcción de pozos.

Comparando las 3 zonas, tomando en cuenta la proporción de familias abastecidas con agua de llave o pozo, las diferencias observadas se dan a expensas de El Tular que tiene la mayor cantidad de pozos. --
($\chi^2 = 12,22$; $P < 0,01$) (Gráfico N° II-45-A).
2 g.l.

Para las 34 familias que disponen de pozos o llave se indagó respecto de quienes habían aconsejado su construcción. El P.S. es el personal más activo en la promoción de esta medida de saneamiento ambiental ya que en 10 oportunidades las familias lo reconocieron como tal y en 2 juntamente con otras personas.

Cabe señalar que en San Antonio de Padua a más de ser bajo el número de familias con pozos hay solo 1 caso promovido por el R.S. Asimismo se hace notar que en 8 oportunidades fueron aconsejados por otras personas (estudiantes de CERAR-SUR, promotores en capacitación, etc) -- (Cuadro N° II-46).

Considerando la participación que tiene la comunidad en la construcción de pozos se observa en el Cuadro N° II-47 y con las diferencias antes mencionadas, que 3 de las 34 familias construyeron sus pozos con la colaboración de algunos vecinos, en 12 oportunidades la -- comunidad participó y en 14 son otras las personas que colaboraron -

sin ser residentes en la comunidad.

La cantidad de familias que disponen de letrinas es sensiblemente menor. En general 7 de las 101 familias tienen este sistema de eliminación de excretas de las cuales 5 corresponden al área de Pavana.

Esto determina diferencias significativas entre las 3 áreas a favor del CESAR mencionado ($\chi^2_{2 \text{ g.l.}} = 6,05; P < 0,05$) (Cuadro N° II-48, y -- Gráfico N° II-48-A). De las pocas letrinas promovidas se destaca en esta actividad el promotor de salud

En igual forma a lo visto para letrinas y pozos la comunidad participa poco en lo referente a huertos comunales: 89 de las familias dijeron no participar (Cuadro N° II-50). Las 12 que participan pertenecen todas al área de Pavana y son los estudiantes del CERAR-SUR quienes han promovido esta actividad principalmente.

D. ORGANIZACIONES EXISTENTES EN EL AREA, SU ORIENTACION, FORMAS DE ACCION Y RELACIONES QUE MEDIAN ENTRE ELLAS A TRAVES DE LA PERCEPCION DE LA COMUNIDAD

Un primer indicador de la participación comunitaria lo constituye el número de organizaciones que las familias identifican en la comunidad. El Cuadro N° II-51 muestra que en general, aproximadamente la mitad de las familias no reconocen ninguna organización comunitaria y solo 5 reconocen 3 organizaciones.

De las 3 áreas, Pavana evidencia un mayor conocimiento de las organizaciones ya que de las 31 familias, 25 identifican una, dos o tres organizaciones. ($\chi^2 = 19,95; P < 0,001$) (Gráfico N° II-51-A).
2 g.l.

Entre las organizaciones reconocidas por las familias figuran en primer lugar el Club de Amas de Casa de Amas de Casa, los grupos campesinos y los Patronatos.

El Cuadro N° II-52 plantea el interrogante de que San Antonio de Pavana o bien conoce menos a los Clubres de Amas de Casa y grupos campesinos o estos existen en menor número en esa área al observar que las organizaciones mencionadas anteriormente son las menos identificadas en este lugar. Evidentemente Pavana constituye el área donde se realizan más acciones comunitarias al menos desde el ángulo de la percepción de las familias.

Para ahondar en el conocimiento que las familias tienen sobre las organizaciones existentes en la comunidad se indagó acerca de las actividades que desarrollan cada una de ellas. En el Cuadro N° II-53 se describen las actividades identificadas para el total de las organizaciones reconocidas y en los 2 subsiguientes (54 y 55) se consideraron -- las actividades de las organizaciones nombradas en primer lugar (Club Amas de Casa y Grupos campesinos).

Pavana vuelve a ser el área que identifica el mayor número de actividades, a diferencia con El Tular en que de 20 del total de organizaciones nombradas hay 5 familias que no conocen sus actividades.

Entre las actividades que sobresalen se encuentran las "agrícolas (siembra, huertos comunales, etc) y ganaderas" y "recaudación de fondos de ayuda a la comunidad a través de bailes, rifas, etc".

En particular para el Club de Amas de Casa (Cuadro N° II-54) las familias de Pavana que la reconocen como organización, identifican como actividades principales "recaudar fondos de ayuda a la comunidad y agrícolas (fundamentalmente huertos comunales)". Nuevamente Pavana parecería tener un mayor conocimiento de las organizaciones con respecto a El Tular, puesto que en esta área de 13 oportunidades que se dijo reconocer el Club de Amas de Casa, 5 no identificaron actividades.

En el Cuadro N° II-55 no aparece San Antonio de Padua porque no ha identificado ningún grupo campesino. Prácticamente la actividad fundamental que se le reconoce a estos grupos es la agrícola y ganadera.

Para profundizar en el conocimiento sobre las organizaciones comunitarias se consideró indagar sobre las formas de elección de los miembros de las mismas. Para el conjunto de organizaciones (Cuadro N° II-56) en la cuarta parte de las 73 organizaciones reconocidas por la comunidad, no se sabe el mecanismo de elección y el resto se divide en partes iguales en que los miembros "los elige" y "no los elige la comunidad".

En el caso del Club de Anas de Casa (Cuadro N° II-57) se observa que la opinión de las familias sobre la elección de sus miembros se divide casi en partes iguales: 14 familias dicen que "los elige la comunidad" y 11 que "no son elegidos por ella". Esto se da en forma similar para Pavana y El Tular.

Para Grupos Campesinos parecería que la opinión se inclina más a que los miembros "no son elegidos por la comunidad"; 11 de las 21 familias opinaron en ese sentido (Cuadro N° II-58).

Como primer elemento para valorar las acciones que desarrollan las organizaciones del área en estudio en la promoción de la participación comunitaria se consideró indagar sobre el conocimiento que tienen las familias de los miembros de las distintas organizaciones y los medios por los cuales éstos se dan a conocer.

De las 73 organizaciones identificadas, 12 familias dijeron no conocer a sus miembros. Para las 61 que sí los conocen, el mecanismo utilizado más frecuentemente por las organizaciones parece ser el de reuniones con la comunidad que se menciona en 37 oportunidades. De ellas 21 corresponden a Pavana lo cual podría ser un indicador de una mayor participación comunitaria por parte de las organizaciones. (Cuadro N° II-59).

Este hecho se da también para el Club de Amas de Casa ya que de las 33 familias que identificaron esta organización más de la mitad dicen que sus miembros se dan a conocer mediante reuniones con la comunidad, correspondiendo 11 de ellas a Pavana (Cuadro N° II-60).

Para los Grupos Campesinos (Cuadro N° II-61) predominan las "reuniones con la comunidad" como mecanismo utilizado por las organizaciones para dar a conocer sus miembros.

Los Cuadros N° II-62 a 64 muestran el grado de participación que tiene la comunidad en las actividades que realizan el conjunto de organizaciones comunitarias, por una parte, y el Club de Amas de Casa y Grupos Campesinos por otra.

Para el total de las organizaciones identificadas en 29 oportunidades se dijo que la comunidad se limita a "ejecutar acciones promovidas por la organización" y en solo 5 que "plantea necesidades, programa y ejecuta las acciones correspondientes".

En este (Cuadro N° II-62) cabe destacar que la no participación de la comunidad se da en una mayor proporción en Pavana. ($\chi^2 = 7,06$; $P < 0,05$)
2 g.l.

De las 5 oportunidades en que se dijo que la comunidad "plantea necesidades, programa y ejecuta las acciones" 4 de ellas corresponden a Pavana (ver gráfico N° II-62-A).

En el Cuadro N° II-63 vuelve a observarse, para el Club de Amas de Casa, que la participación predominante es la de ejecutar acciones promovidas por la organización si bien, la tercera parte de las familias manifestaron no participar.

Para las 15 familias que identificaron 2 o más organizaciones comunitarias se indagó sobre las relaciones que podrían existir entre ellas pa-

ra desarrollar sus actividades (Cuadro N° II-65). Diez de ellas manifestaron que trabajan en forma independiente sin ninguna vinculación y otras 3 entienden que se coordinan entre sí.

CONCLUSIONES ESPECIFICAS

1. ACTITUDES QUE CARACTERIZAN AL PERSONAL FORMAL Y COMUNITARIO EN SU FUNCION DE PROMOVER LA PARTICIPACION COMUNITARIA EN EL PROGRAMA DE AMPLIACION DE LA COBERTURA

En general, todos los integrantes del equipo de Salud a nivel de atención primaria (formal y comunitario) no llegan a conceptualizar adecuadamente los principios que inspiran al Programa de Ampliación de la Cobertura.

Si bien se reconocen variaciones en cuanto al nivel de información de que disponen, se puede concluir que el conocimiento del programa es parcializado y/o insuficiente.

Las actividades identificadas como más importantes, para valorar el papel que cumple el personal dentro del Programa, están enmarcadas, en general, en las establecidas por el Plan de Salud. Sin embargo, la jerarquización que se hace de ellas no está de acuerdo en muchos casos, según criterio de los autores, con las principales funciones, que les compete como personal formal o comunitario. Por ejemplo, los G.S. que identifican como actividad principal la asistencial.

Por otro lado, se omiten con frecuencia acciones importantes como son para el caso de G.S., las de promover la vacunación y la concurrencia o referencia a los servicios; para R.S., dentro de las actividades educativas priman las orientadas al saneamiento del medio dejando de lado otras que son igualmente o más importantes, o bien, la situación extrema

de dos P.S. que no precisan actividades.

Debe mencionarse que el personal (formal y comunitario) parece dar una importancia muy relativa al papel que le corresponde para estimular la participación comunitaria. No menciona como una actividad fundamental el promover reuniones comunitarias para el planteo de problemas, etc. y la labor de promoción comunitaria se restringe, en su mayoría, a actividades educativas (para higiene personal, saneamiento del medio, etc) que implican, por el contrario, una participación pasiva de la pobla--ción.

La variabilidad observada con referencia al tiempo que llevan trabajando en el Programa hace suponer, dado que el área lleva dos años de im--plementada, que la incorporación del personal ha sido gradual en las -distintas zonas o bien que existen sucesivas deserciones y reposicio--nes consiguientes. Esto es aplicable a G.S., R.S. y P.S.

Con respecto a los A.E. éstos muestran ser el personal más estable ya que su antigüedad coincide prácticamente con el tiempo de implementa--ción del área.

La dificultad encontrada en la entrevista con el personal comunitario para que emitiera su opinión sobre cómo concibe la participación comunitaria dentro del programa, puede estar reflejando que este personal no tiene un concepto claro al respecto.

Los resultados observados respecto de cómo participa actualmente la comunidad, ampliamente variables, podrían depender en mucho del estímulo particular de cada uno de los miembros (G.S., R.S. y P.E.A.) para fomentar esa participación. Esto estaría condicionado a su vez, fundamentalmente, por la percepción individual sobre este aspecto.

Del personal formal (A.E. y P.S.) se obtuvo la opinión que ellos tienen sobre participación de la comunidad en el Programa.

Pese al escaso número de personas interrogadas se observan variaciones sensibles en su percepción del problema: dicen que la comunidad participa si se produce la concurrencia a los servicios, asistencia a charlas, ejecución de proyectos, etc. Además el personal tiene un concepto limitado de participación comunitaria si se le compara con el sustentado por los autores cuya expresión máxima se da a través de la iniciativa comunitaria de promover reuniones para plantear necesidades e intentar buscarles solución, programar y ejecutar acciones conjuntas para la solución de los problemas.

El accionar individual del personal comunitario en su relación con la comunidad es aparentemente muy activo: un número importante de integrantes del equipo de salud reconocen que deben promover reuniones para detectar los problemas comunitarios e intentar buscar soluciones.

Sin embargo, la variabilidad que se observa en las distintas respuestas (desde el papel más pasivo cual es "el atender las consultas que le hacen" hasta el más activo que implica " las reuniones comunitarias para planteo de problemas, etc"), señala nuevamente la falta de una definición clara sobre cuáles son los mecanismos que debe desarrollar el personal para lograr la participación comunitaria.

Esto mismo se da, y en mayor grado, para el personal formal (A.E. y P.S.). Como acciones individuales para promover la participación comunitaria identifican "hacer visitas domiciliarias o reunir a la comunidad para que ésta reciba charlas educativas". Solamente un A.E. - identificó que debía promover reuniones para detectar problemas comunitarios, etc.

Entre los miembros del personal comunitario se destaca que el G.S. y la P.E.A. reconocen la necesidad de coordinar su trabajo no solo con el resto del equipo de salud sino que también se mencionan en algunos casos organizaciones comunitarias incluido el Comité de Salud, aunque este último en muy pocas oportunidades.

Por otro lado, el R.S. es quien identifica un mayor número de personas con las que él entiende que debe trabajar, aún cuando el número de actividades que consigna para la coordinación es en general menor que para G.S. y P.E.A.

Pavana es el área que sobresale en este aspecto: su personal comunitario reconoce en mayor grado la necesidad de una coordinación de actividades.

Los P.S. coordinan en forma variable con el personal comunitario y A.E., al punto que El Tular no menciona a éste último.

Ninguno de los tres P.S. reconoce relación con el coordinador de área ni con el Comité de Salud y únicamente Pavana menciona la única organización (grupos campesinos) para un trabajo conjunto.

Los A.E. de Pavana y San Antonio de Padua son los que establecen mayor coordinación, la primera identificando organizaciones comunitarias y -- el segundo incluyendo un mayor número de personal. Sin embargo, ninguno de los tres identifica al Comité de Salud ni a la enfermera jefe de área.

Tanto para P.S. como para A.E. el número de actividades identificadas para la coordinación es reducido y el tipo de tareas consignadas adolece de defectos de jerarquización, pues se destacan algunas secundarias en desmedro de otras importantes.

La heterogeneidad evidenciada en los tres aspectos analizados: con -- quienes se debe coordinar, en cuántas y en cuáles tareas, son índice de una interpretación variable del personal acerca de la coordinación de actividades.

La mayoría del personal comunitario manifiesta la insuficiencia de los recursos que le provee el nivel institucional para desarrollar sus -

actividades; ésto es más grave aun para el personal formal ya que la totalidad opina en ese sentido. Ello puede constituir una seria limitante para el accionar del personal en general y para promover la participación comunitaria en particular.

La mención de los elementos cuya carencia consideran fundamentales está de acuerdo, en general, con las actividades que actualmente realiza el personal. En el caso de A.E. y P.S. se identifica además, -- como necesidad, la provisión de viáticos para el desplazamiento a las áreas rurales.

Por todo lo anterior se concluye que las actitudes que caracterizan al personal formal y comunitario no parecen ser al momento, las más favorables para promover la participación comunitaria y ésto no debe ser imputado al propio personal.

La información lograda permite formular las siguientes hipótesis: para explicar la situación:

- El enfoque actual y los mecanismos seguidos para la capacitación del personal no son los más adecuados (contenidos, metodología, continuidad en la capacitación, supervisión, etc).
- Hay ausencia de pautas que definan claramente el papel que le corresponde a cada miembro del personal dentro del Programa, que jerarquicen apropiadamente sus actividades, tanto en su accionar individual como en coordinación con el resto del personal y organizaciones comunitarias, que precisen el tipo y la intensidad de las relaciones que debe mantener, etc.

Estas hipótesis no son de ninguna manera excluyentes la una de la otra. Por el contrario, la primera será cierta si se verifica la nombrada en segundo término.

Los factores mencionados en las hipótesis pueden constituir determinantes de la variabilidad observada en cuanto a los criterios y mecanismos

para lograr la participación comunitaria, lo que lleva a que el personal actúe en función de sus propias expectativas en su gestión de atender las demandas de la población.

2. PERCEPCION DE LA COMUNIDAD SOBRE LAS ACCIONES DIRECTAS LLEVADAS A CABO POR EL PERSONAL FORMAL Y COMUNITARIO DIRIGIDAS A PROMOVER CAMBIOS DE CONDUCTA DE LA POBLACION

62.4% de las familias conocen el Programa de Ampliación de la Cobertura sin variaciones apreciables entre los 3 CESAR.

El personal formal y comunitario globalmente, ha intervenido para hacer conocer el Programa, en 33 del total de 63 familias que lo conocen.

Individualmente, la participación del personal formal y comunitario para difundir los programas es escasa y diferente para cada miembro. El A.E. ha informado a 18 familias del total de 101 y este personal no varía su comportamiento entre los CESAR. No así, los G.S. y R.S., que si bien han informado en 17 y 11 oportunidades respectivamente, han participado en mayor grado en San Antonio de Padua y Pavana.

El P.S. prácticamente no ha intervenido en dar a conocer los programas al igual que las P.E.A. de San Antonio de Padua, aunque en éstas se justifica ya que han sido incorporadas recientemente.

Los mecanismos utilizados por el personal para difundir los programas difiere entre los distintos miembros. El A.E. y los R.S. recurrieron en su mayoría a las visitas domiciliarias en tanto que los G.S. realizaron reuniones comunitarias.

Las visitas domiciliarias que efectúa el personal formal y comunitario, como parte de sus acciones directas a las familias, se dan en baja proporción.

Parecería que los A.E. visitan más a las familias que el resto del personal. No obstante hay variaciones entre los CESAR: En San Antonio de Padua el A.E. realiza muy pocas visitas.

Los G.S. y R.S. de San Antonio de Padua y Pavana hacen visitas en mayor grado que los de El Tular, en tanto que el comportamiento de los P.S. es similar en las tres áreas. La respuesta más frecuente observada en las familias es que el personal las visita "algunas veces".

Los consejos que más recuerdan las familias de las visitas que realiza el personal son los vinculados a "higiene personal, de alimentos, y de la vivienda".

Aspectos como "vacunas", "control del embarazo y puerperio" y del "crecimiento y desarrollo del niño" son escasamente recordados por las familias. Parecería que los A.E. y G.S. son los que más tienen en cuenta estos temas durante sus visitas.

Una quinta parte de las familias estudiadas no tienen conocimiento de reuniones con la comunidad promovidas por el personal formal o comunitario. 72.3% de las familias dijeron que esas reuniones se hacen "algunas veces" o "frecuentemente".

Reconocen en primer lugar a G.S. y R.S. como promotores de las reuniones en tanto que parecería que es baja la participación de A.E. y P.S. en esta actividad. El Comité de Salud fue reconocido una vez como organizador de reuniones.

En cuanto a los contenidos, lo señalado respecto a las visitas domiciliarias se repite a nivel de reuniones comunitarias al menos en lo referente a temas como "vacunas, control del embarazo y puerperio y del crecimiento y desarrollo del niño" que son recordados en muy pocas oportunidades.

Una actividad específica del A.E. que es la de dar charlas a nivel de CESAR es reconocida por menos de la mitad de las familias estudiadas y ésto se dá por igual para cada área. 27 de las familias que saben de esas charlas manifiestan que se dan "algunas veces por semana", y que los contenidos más frecuentes son: "higiene de los alimentos" -- "crecimiento y desarrollo del niño", "concurrancia de ir al CESAR", etc.

En general, la población estudiada deposita su mayor confianza en el A.E., seguido por el G.S., quienes con variantes en cada área, ocupan alternativamente los primeros lugares de preferencia.

El mayor reconocimiento hacia el G.S. en San Antonio de Padua y Pavana puede estar influenciado por el mayor contacto de este personal con -- las familias según se constató anteriormente. Por el contrario, en El Tular, dado que se ha observado una escasa actividad del G.S., la población reconoce al A.E. como personal de confianza.

No obstante la multiplicidad de aspectos considerados se puede puntualizar que:

- Los G.S. y R.S. son los miembros del personal que trabajan más activamente en contacto con las familias ya sea a través de visitas domiciliarias o de reuniones con la comunidad. En algunos aspectos Pavana se destaca en este sentido.
- El P.S. es el personal que desarrolla el menor número de acciones directas con la comunidad.
- Se ignora al Comité de Salud como impulsor de acciones dirigidas a la comunidad.
- La comunidad percibe qué temas como " control del embarazo y puerperio", " del crecimiento y desarrollo del niño" y "vacunas" -- son escasamente tratados en visitas y reuniones comunitarias si bien algunas veces se los recuerda en charlas del A.E.

3. PAPEL QUE CUMPLE EL COMITE DE SALUD
- a) COMO VINCULO ENTRE LAS ACCIONES QUE DESARROLLA EL PERSONAL FORMAL Y COMUNITARIO Y LA COMUNIDAD EN LA CANALIZACION DE LA PROBLEMATICA SALUD- ENFERMEDAD

La conceptualización que hacen los Comités de Salud de San Antonio de Padua y Pavana es insuficiente, aunque el primero identifica tres aspectos del mismo: aumento de la cobertura, capacitación del personal y proyectos de saneamiento del medio. El conocimiento que tiene el Comité de Pavana es más pobre, destaca aspectos como " coordinación de acciones y participación de proyectos" sin mencionarse cuáles.

La identificación de aquellas actividades, consideradas como las más importantes que deben desarrollar los comités, muestra que el de Pavana no tiene claro cuál es su papel dentro del Programa, en tanto que el de San Antonio de Padua, con un mejor encuadre, señala aún una percepción insuficiente de su rol ya que no se enuncian actividades fundamentales, entre ellas la de promoción de la participación comunitaria.

Pese a llevar dos años de implementación el área estudiada carece de uno de los 3 comités de salud y los dos restantes tienen pocos meses de funcionamiento. Esta situación plantea interrogantes desde el momento que la constitución de los comités corresponde a una de las primeras etapas de implementación de un área.

Los Comités visualizan en forma insuficiente la participación comunitaria. Solo reconocen ciertas acciones individuales de la comunidad o la participación de la misma en la ejecución de proyectos comunales promovidos por el comité, como manifestaciones de esa participación.

Vinculado a lo anterior ninguno de los dos comités mencionó la promoción y organización de reuniones comunitarias como tareas que le ---

competen, tanto como organismo como individualmente a través de sus integrantes, los R.S.

Esto último indica una disociación del papel del R.S. en dos situaciones: en su acción individual en que asume un rol activo (recuérdese lo comentado sobre R.S. en 1) y como integrante del comité (papel pasivo).

Desde el ángulo del propio comité parecería que éste trabaja con todo el personal (formal y comunitario) a nivel de atención primaria y en un número importante de actividades. Esto evidenciará en cierto modo una adecuada ubicación de los comités dentro del Programa en este aspecto. Sin embargo cabe considerar que estas acciones parecerían ser actualmente meros propósitos que tiene el Comité más que actividades concretas. A esta conclusión se arriba si se recuerda que solamente 2 -- R.S. y 1 P.E.A. y ningún personal formal dicen coordinar acciones con el Comité y por otra parte llevan poco tiempo de funcionamiento.

De los dos comités, Pavana manifiesta recibir suministros suficientes por parte del Ministerio. San Antonio de Padua, en cambio percibe, la insuficiencia de materiales para proyectos de saneamiento e incluso para abastecer a G.S. y P.E.A.

c) COMO ELEMENTO INTEGRADOR DE LAS ACCIONES QUE DESARROLLAN .
LAS OTRAS ORGANIZACIONES COMUNITARIAS PARA LA SOLUCION -
DE LA PROBLEMATICA GENERAL

Aparentemente los Comités conocen poco de las organizaciones existentes en la comunidad. San Antonio de Padua identifica dos de ellas y de una no conoce sus actividades ni formas de acción. En cambio Pavana, con mayor conocimiento, reconoce tres organizaciones precisando a su entender cuál es su orientación y formas de acción.

Sin embargo, los comités no se vinculan a ninguna de las organizaciones identificadas para coordinar sus actividades.

En resumen, el Comité de Salud, como cuerpo organizado, no identifica adecuadamente su rol dentro del Programa. Además, no juega actualmente ningún papel como elemento integrador de las acciones que desarrollan las otras organizaciones comunitarias, al menos para el área estudiada.

Esto hace suponer la no existencia de pautas operativas que precisen las relaciones que debe mantener con el resto del personal y organizaciones comunitarias en su función esencial de promover la participación de la comunidad.

Por otra parte, y para el área en estudio, llama la atención la reciente incorporación de dos de los tres Comités de Salud (uno aún no se ha conformado) cuando el área ya tiene dos años de implementación.

4. PARTICIPACION COMUNITARIA REFERIDA A LA PROBLEMATICA SALUD-
ENFERMEDAD EN EL SECTOR MATERNO-INFANTIL

a) OPINION QUE TIENE LA COMUNIDAD RESPECTO A LA PROBLEMATICA
SALUD-ENFERMEDAD

Las tres áreas demuestran en igual conocimiento y adecuado a la realidad, respecto de las patologías que afectan a los niños, ya que las tres identificaron a las diarreas y a las enfermedades respiratorias como las más prevalentes.

Si existe alguna diferencia en el conocimiento de las enfermedades infantiles, ésta se da a nivel del número de enfermedades identificadas: las familias de San Antonio de Padua y Pavana mencionaron un número mayor de patologías.

La población evidencia conocer mejor las causas de las diarreas que de la gripe o enfermedades respiratorias. Además se agrega que hay un conocimiento diferencial de las causas de las diarreas para las tres áreas: San Antonio de Padua y Pavana manifiestan mayor conocimiento.

En cuanto a la evolución de la enfermedad en los niños, las familias perciben más la muerte en el caso de diarreas, sin variaciones entre los tres CESAR, si bien para las enfermedades respiratorias aumenta la proporción de familias que reconocen que sus niños empeoran, lejos de curarse.

Prácticamente todas las familias que reconocieron a diarreas y a las enfermedades respiratorias como las patologías más importantes, admitieron que éstas se curan. Entre los mecanismos identificados para curar a sus niños (en ambas enfermedades) reconocen en primer término el "acudir al CESAR", seguido de "medicinas" sin especificarlas. La opinión de que acudiendo al CESAR las enfermedades se curan no difiere entre las tres áreas.

En cuanto a la prevención, una mayor proporción de familias manifiestan que las diarreas son prevenibles y reconocen como mecanismo principal las medidas preventivas caseras (cuidados, aseo, alimentación, etc).

Para las enfermedades respiratorias se observa la particularidad de identificar a las "medicinas" (sin especificarlas) como primera medida preventiva, lo que hace pensar que la población no tiene un concepto claro de prevención de la gripe.

Todo lo enunciado permite deducir que si bien la población tiene algún conocimiento de la problemática salud-enfermedad, su perspectiva es limitada, ya que no relaciona sus problemas de salud con la realidad socio-económica en que se mueve. Esto hace, en lo referente, a causalidad y a prevención básicamente, que no identifique otros aspectos no inmediatos que son los determinantes del problema.

b) CONDUCTAS INDIVIDUALES DE MIEMBROS DE LA COMUNIDAD ORIENTADAS A LA ATENCION DEL EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO, CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO INCLUYENDO INMUNIZACIONES Y DIARREAS.

El control del embarazo, del puerperio y la atención del parto por personal capacitado se dan en baja proporción para las familias del área y por igual para los tres CESAR.

No obstante, el parto parece ser el momento dentro del proceso en que la mujer reconoce mayormente la necesidad de atención por personal capacitado y la conducta de la mujer en esta etapa es independiente de la asumida durante el embarazo o el puerperio.

Esto concuerda con lo observado en el punto 2. en que se destacó que las familias recuerdan en pocas oportunidades haber recibido consejos sobre "control del embarazo y el puerperio"; y es coherente con los contenidos de las actividades educativas que reconoce el personal formal y comunitario (punto 1).

Igual consideración merece el aspecto del control de crecimiento y desarrollo del niño en que la conducta evidenciada por las madres puede estar asociada con motivos similares a los enunciados en el párrafo anterior.

Valorando la conducta frente a un problema concreto de enfermedad, diarreas infantiles, se observa que en Pavana se da una mayor afluencia a los servicios que brinda el Programa (institucionalizado y comunitario).

En lo que respecta a las vacunas en menores de 6 años es nuevamente Pavana el área que se destaca con la mayor proporción de vacunados.

Los factores que pueden estar influenciando estos resultados (tanto para diarreas como para vacunas) son múltiples y resulta difícil, a la luz de la información disponible, valorar el aporte del trabajo del

personal formal y comunitario para promover estas conductas.

No obstante se puede puntualizar: que frente a aspectos de la salud no identificados por la población como situaciones de enfermedad (control del embarazo, puerperio y del crecimiento y desarrollo del niño), los cambios de conducta de la comunidad (asistencia a los servicios), requieren mucho tiempo y al presente el personal formal y comunitario ha hecho pocos aportes para ello.

Ante el hecho de enfermedad (diarrea en el niño) Pavana, que en otros aspectos ha mostrado ser un área más dinámica, evidencia una reacción más favorable para acudir al servicio de salud.

De la misma manera se da para vacunas, en que la mayor actividad del personal formal y comunitario, podría explicar la mejor respuesta de Pavana frente a la campaña.

c) ACCIONES COLECTIVAS TENDIENTES A LA SOLUCION DE ALGUNOS PROBLEMAS QUE TIENEN RELACION CON LA SALUD: AGUA, LETRINAS Y HUERTOS COMUNALES

En el área estudiada aproximadamente 1 de cada 5 familias se abastece de agua de llave o pozos, pero esta relación está muy influenciada por El Tular donde la infraestructura existente aumenta la proporción a 1 de cada 2 familias.

La zona de El Tular, por sus características geográficas, dispone de menos fuentes naturales de agua lo que podría hacer suponer que uno de los criterios seguidos en los proyectos de pozos es el de prioridad de las necesidades.

La promoción de la construcción de pozos se debe en la mayoría de los casos al P.S. y la comunidad ha participado en la tercera parte de los

pozos construídos aunque en una proporción similar intervinieron personas no residentes en el área.

La proporción de familias con letrinas es mucho menor solamente de un 6.9%, y las pocas construídas corresponden en su mayoría a Pavana.

La participación comunitaria en lo que a huertos comunales se refiere es escasa y se reduce exclusivamente al área de Pavana. Llama la atención que un buen número de huertos han sido promovidos por los estudiantes de enfermería del CERAR-SUR.

Las acciones colectivas tendientes a mejorar las condiciones de saneamiento del medio (agua, letrinas) y a la participación en huertos comunales se dan en escala reducida.

Con excepción del abastecimiento de agua (pozos), en que El Tular presenta una mayor cobertura, Pavana resulta ser el área donde se ha dado comienzo al proceso de participación comunitaria en la construcción de letrinas y cultivo de huertos comunales.

5. PERCEPCION DE LA COMUNIDAD SOBRE LA EXISTENCIA DE ORGANIZACIONES COMUNITARIAS, SU ORIENTACION, FORMAS DE ACCION Y EL TIPO DE RELACIONES QUE MEDIA ENTRE ELLAS PARA LA SOLUCION - DE SU PROBLEMATICA ECONOMICO-SOCIAL.

52.5% de las familias identificaron alguna organización comunitaria. Pavana lo hace en mayor grado y además en esta área se encuentran las 5 familias que reconocen 3 organizaciones.

De las organizaciones reconocidas se destacan el Club de Amas de Casa y grupos campesinos. Del primero parecería haber un menor conocimiento por la diversidad de actividades que las familias le atribuyen y por la discrepancia en la opinión sobre formas de elección de sus miembros.

De las 73 organizaciones identificadas, en 61 oportunidades las familias dicen conocer a sus miembros a través de reuniones en la comunidad fundamentalmente. Este mecanismo que usan las organizaciones es reconocido en mayor grado por Pavana.

En el desarrollo de las actividades de las organizaciones la comunidad parece participar básicamente a través de la "ejecución de proyectos promovidos por las propias organizaciones". En este aspecto se hace notar que la población de Pavana es la que menos participa en las actividades de las organizaciones.

Las organizaciones parecen no coordinar sus actividades. De las 15 familias que identificaron más de una organización, 10 perciben como que trabajan en forma independiente.

Estas consideraciones permiten llegar a la siguiente conclusión: la comunidad no reconoce al Comité de Salud como una organización y para aquellas organizaciones que identifica, su conocimiento se da más bien a nivel de percepción de la existencia de las mismas.

Esto implica que actualmente la participación comunitaria se manifiesta solo a nivel individual o familiar y en forma limitada y parcializada.

Además, la comunidad interpreta que las diferentes organizaciones trabajan en forma independiente por lo que no se puede identificar alguna que actúe como elemento integrador.

De todo esto se desprende que la comunidad percibe con limitaciones su problemática general y lejos está del planteo integral de sus necesidades y más aún de actuar organizadamente para la solución de las mismas.

CONCLUSIONES GENERALES

- De las 3 áreas estudiadas Pavana y San Antonio de Padua muestran, en general, disponer de un personal cuya labor es más activa en la promoción de la participación comunitaria, a lo que se agrega que la comunidad percibe sus acciones de la misma manera.

Si a esto se añade que en ellas, principalmente Pavana, ya se han detectado algunos cambios en las conductas de la población, esto hace suponer que la "efectividad de las acciones del personal puede realmente promover una mayor participación de la comunidad en la detección de sus problemas".

Esta hipótesis, subyacente en el trabajo, no ha sido de ninguna manera demostrada, pero los hallazgos permiten seguir sosteniendo la validez del planteo.

Resulta difícil detectar el papel que juega el nivel de organización de la comunidad como otro factor que puede promover cambios de conductas, ya que, actualmente en las tres áreas, la población participa solamente a nivel individual o familiar, y en forma limitada o parcializada.

- El estudio ha enfatizado los aspectos vinculados a la ubicación del personal formal y comunitario dentro del Programa y a su accionar percibido por la comunidad y no profundiza con la misma intensidad las respuestas de la población en sus actitudes y conductas.

Esto se justifica, puesto que para valorar cambios de conductas a nivel de la población era necesario en primer lugar conocer cómo actúa el personal como agente de ese cambio. Además, no era esperable al momento, por el escaso tiempo de desarrollo del Programa, que ya se hubieran incorporado, en forma relevante, nuevas pautas de conducta en la población relacionadas con salud y con su problemática general.

- El presente trabajo ha permitido identificar ciertas áreas crí
ticas dentro del Programa de Ampliación de la Cobertura, tanto en lo referente al tema central de participación comunitaria como de otros aspectos que lo caracterizan.

- La metodología utilizada demuestra ser un procedimiento lógico y científico adecuado para evaluar operativamente el Programa de Ampliación de la Cobertura. No obstante, esta experiencia preliminar justifica la necesidad de incorporar ajustes para su mejor utiliza
ción posterior en la profundización de ciertos aspectos, en la evalua
ción de las respuestas de la comunidad y en la demostración, si se quie
re, de la hipótesis subyacente.

B I B L I O G R A F I A

1. Bases Conceptuales del Proceso de Extensión de Cobertura en Honduras.
2. Scales for The Measurement of Attitudes shaw and Wright - McGraw-Hill, Series in Psychology (1967).
3. Nuevas tendencias y métodos de asistencia Materno-Infantil en los Servicios de Salud, Serie de Informes Técnicos No.- 600 OPS/OMS, Pag. 12.

PARA LAS DEFINICIONES DEL PERSONAL FORMAL Y COMUNITARIO Y DE SUS ACTIVIDADES ORIENTADAS A PROMOVER LA PARTICIPACION COMUNITARIA

1. "Concepto de Guardián de Salud" (Documento del Ministerio de Salud Pública de Honduras).
2. "Actividades a realizar por el Guardián de Salud" (Ministerio de Salud Pública: Región Sanitaria No.4 (Area N° 1, Honduras).
3. "Tareas de la Partera Empírica adiestrada en colaboración con el establecimiento de Salud" (Ministerio de Salud Pública, División Materno Infantil, Honduras)
4. "Guía para elaborar el Programa de Orientación a Parteras Empíricas" (Ministerio de Salud Pública: División de Enfermería, Honduras).
5. " Salud ", Boletín Informativo del Ministerio de Salud Pública, Mnyc 1977, Honduras.
6. "Comité de Salud" y "Representantes del Comité de Salud" (Ministerio de Salud Pública: Región Sanitaria N° 4, Honduras).

7. "Sistema de Organización de la Comunidad" (Ministerio de Salud Pública: Región Sanitaria N° 4, Honduras).
8. "Normas Generales para la atención de Comunidades Rurales, Nivel CESAR" (Ministerio de Salud Pública, 1975, Honduras).
9. "Funciones del Promotor de Salud" (Ministerio de Salud Pública, Honduras).
10. "Manual del Comité de Salud" (Ministerio de Salud Pública, 1977, Honduras).

OTRAS PUBLICACIONES CONSULTADAS

- . Atención Primaria de Salud: Informe conjunto del Director General de la Organización Mundial de la Salud y del Director -- Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. GINEBRA - Nueva York (1978).
- . Evaluación de Ideas de Proyectos contenidas en el Inventario General de Proyectos, 31 de marzo 1977 (Secretaría Técnica del Consejo Superior de Planificación Económica - Honduras, C.A.).
- . Memoria Ministerio de Salud Pública, Año 1970-1971 - Honduras, C.A.
- . Memoria Ministerio de Salud Pública, Año 1972 - Honduras, C.A.
- . Memoria Ministerio de Salud Pública, Año 1973 - Honduras, C.A.
- . Memoria Ministerio de Salud Pública, Año 1975 - Honduras, C.A.
- . Plan Decenal de Salud (III Reunión de Ministros).
- . Extensión de la Cobertura y Participación de la Comunidad. -- (IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas) - Boletín OPS, N° Especial, Diciembre 1977.

- . Informe Final Aplicación de Instrumentos de Evaluación del Programa de Extensión de la Cobertura, Año 1976 - Honduras, C.A.
- . Resumen del Desarrollo del Proceso de Programación de la Extensión de la Cobertura de Servicios para la Salud en Honduras. Mayo 1973 - Abril 1976.
- . El Programa VIII Salud Fundamentos Operativos.
- . Plan Operativo Sectores Salud, (CONSUPLANE)
- . Participación de la Comunidad en el desarrollo de los Servicios Primarios de Salud. Dr. Héctor Acuña - Boletín OPS. - Diciembre 1977.
- . Situaciones de Cobertura, Niveles de Atención y Atención Primaria. Dr. Jorge Castellanos Rovayo - Boletín OPS, Junio 1977.
- . Estudio Socio-Cultural sobre Integración de los Sistemas de Salud y Participación de la Comunidad, Dr. Héctor García Manzanedo - Boletín OPS - Marzo 1978.

A N E X O I

OTRAS DEFINICIONES:

- Programa de Ampliación de la Cobertura:

Se entiende que su objetivo esencial es lograr la cobertura total de la población a través de tres estrategias: extensión de los servicios a las áreas marginadas, atención primaria y participación comunitaria.

- Cobertura:

Es no solo la oferta potencial de los servicios de salud sino el grado de utilización que hace la población de las mismas, en función de la promoción que realiza el personal formal y comunitario.

Esto implica que para lograr la cobertura total no basta con ofrecer recursos de salud sino que es necesario conocer y modificar los motivos por los cuales algunos sectores no utilizan los servicios, (pautas culturales, factores económicos, políticos, distancias geográficas, etc).

- Atención primaria:

Es el conjunto de acciones poco complejas que desarrolla un personal con adiestramiento básico orientadas fundamentalmente a la promoción y prevención, y a la atención de algunas patologías según la disponibilidad de los recursos con que cuenta. Esta atención primaria se la concibe referida a niveles de mayor complejidad con un buen sistema de coordinación, para la derivación y atención oportuna de pacientes que requieran servicios más especializados.

- Comunidad:

Toda aldea o caserío donde el Programa de Ampliación de la Cobertura

está implementado y en funcionamiento, ubicado dentro del área definida para el estudio.

- Area Implementada:

La que tiene:

- Funciones definidas del personal formal y comunitario
- Recursos Humanos completos.
- Equipamiento Básico
- Sistema de referencia e información
- Programación de actividades, supervisión, control y evaluación.

- Guardián de Salud:

Es una persona voluntaria seleccionada por la comunidad, cuyas funciones principales son las de divulgación del programa, organización de la comunidad, promoción de salud y captación de pacientes al sistema, notificación de casos y hechos vitales, atención mínima de salud. Su labor debe estar coordinada con la Partera Empírica Adiestrada y el Representante de Salud; y queda habilitado para ello a través de un curso de promoción comunitaria y medicina simplificada cuya duración es de 6 días.

- Representante de Salud:

Es una persona que surge de la comunidad, adiestrado en motivación y promoción comunitaria durante una semana. Su función principal es la de promover salud, ser responsable directo de los programas de infraestructura de salud (pozos, letrinas, etc) y del mantenimiento y uso de ésta, en coordinación con el Guardián de Salud y Promotor de Salud, y participa en la integración del Comité de Salud.

- Partera Empírica Adiestrada:

Es la tradicional matrona de las comunidades que luego, de un curso

de capacitación inicial (de una semana de duración) es incorporada al sistema de atención comunitaria en lo referente al embarazo, parto, puerperio y primeros cuidados del Recién Nacido en coordinación con el CESAR, el Guardián y Representante de Salud.

- Comité de Salud:

Es la organización identificada dentro del Programa de Ampliación de Cobertura, integrada por los Representantes de Salud del área de influencia de un CESAR, para planificar y ejecutar acciones de salud - que complementen el desarrollo integral de la comunidad, cuyos objetivos están definidos por el Ministerio de Salud.

- Auxiliar de Enfermería:

Es el personal que brinda atención primaria fundamentalmente en el - área rural y a nivel de CESAR, Son requisitos para ser Auxiliar de Enfermería tener educación primaria completa y aprobar el curso respectivo cuya duración actual es de un año.

- Promotor de Salud:

Es una persona designada por el Ministerio de Salud Pública, con educación media, que recibe un adiestramiento sobre promoción comunitaria con énfasis en saneamiento ambiental. La duración del curso es de 50 días.

Sus funciones principales son motivar y organizar la comunidad, dentro de las cuales están la organización del Comité de Salud, desarrollar cursos de capacitación técnica y promover y ejecutar acciones de infraestructura sanitaria.

Actividades del Personal Formal y Comunitario Orientadas
a promover la Participación Comunitaria

Guardián de Salud:

- Divulgar la política y programas de los servicios de salud en su área de influencia (aldea).
- Promover actividades en los aspectos de higiene personal, higiene y mejoramiento de la vivienda, hervido de agua, control de basuras y vectores, utilización y mantenimiento de letrinas, pozos y fuentes de agua.
- Promover huertos familiares y comunales
- Promover la alimentación básica con los recursos existentes en su comunidad.
- Promover el control pre-natal, de puérperas, y del crecimiento y desarrollo del niño.
- Promover y organizar en conjunto con Representante, Partera Adiestrada y Comunidad, reuniones para identificar necesidades, buscar soluciones, planificar acciones, ponerlas en ejecución y evaluar el desarrollo de las actividades planificadas.
- Organizar y promover a la comunidad en las campañas de vacunación.
- Identificar pacientes que ameriten ser referidos y efectuar la referencia respectiva.

Representante de Salud:

- Elaborar planes e informes de trabajo y presentarlos al Comité de Salud.
- Asistir a reuniones mensuales del Comité de Salud, en el establecimiento respectivo.
- Integrar comisiones de trabajo según conveniencia del Comité de Salud.
- Participar en los cursos de adiestramiento programados por el Comité de Salud.

- Velar por el mejoramiento y mantenimiento del CESAR al que pertenece.
- Realizar promoción en campañas de vacunación conjuntamente con Guardián de Salud y Partera.
- Organizar grupos de trabajo y juntas de mantenimiento de agua.
- Dar apoyo necesario al Guardián de Salud y Partera Empírica Adiestrada en cuanto a referencias de pacientes.
- Llevar a cabo los programas de infraestructura de salud (pozos, letrinas, rellenos sanitarios y resumideros) en su comunidad.
- Llevar control de materiales suministrados para realización de proyectos de infraestructura de salud en su comunidad.
- Velar por el funcionamiento de los programas realizados en su comunidad.
- En caso de retirarse del cargo, reunir a su comunidad para la selección de un nuevo Representante o Guardián de Salud.

Partera Empírica Adiestrada

- Detectar precozmente las embarazadas del área
- Referir al CESAR las embarazadas detectadas para su primer y último control.
- Controlar periódicamente embarazos normales.
- Referir embarazadas con complicaciones al nivel de atención apropiado.
- Controlar periódicamente embarazadas con problemas según indicaciones del CESAR.
- Orientar a las embarazadas sobre medidas de higiene, prevención de infecciones, fecha del parto, alimentación y cuidados del niño.
- Detectar signos de desnutrición en las embarazadas y referirlas al CESAR.

- Promover la atención del parto y revisión del recién nacido.
- Referencia de partos complicados al nivel de atención adecuado.
- Visitas domiciliarias para control del puerperio y del recién nacido.
- Referencia de la madre y el niño al CESAR para controles posteriores.
- Participar con los miembros del equipo de salud en charlas educativas.
- Asistir a las reuniones convocadas por el CESAR.
- Participar en la promoción de las campañas de vacunación.

Comité de Salud:

- Impulsar y desarrollar en forma específica proyectos básicos del saneamiento del medio.
- Participar en la programación, promoción y ejecución de las campañas preventivas de salud.
- Impulsar y desarrollar proyectos o acciones que tienden a resolver problemas relacionados con la salud (institucionales y comunitarios) y celebrar asambleas con la comunidad.
- Obtención y distribución de los materiales conforme a los proyectos aprobados por el sistema formal de salud.
- Solicitar a las instituciones internas o externas, con asesoría del promotor, la ayuda material, técnica o subsidio, que la comunidad no puede aportar para la realización de sus proyectos.
- Rendir informes de sus actividades realizadas en su área de acción a los promotores de salud a las comunidades que integra.
- Promover la designación de una ayudante para el establecimiento de salud (CESAR) cuando éste lo requiera.

- Estimular la cooperación de la comunidad para hacer efectiva la referencia de pacientes de escasos recursos a niveles de atención de mayor complejidad.

Auxiliar de Enfermería+

- Hacer promoción de la Política de Salud y los programas de atención que funcionan en el CESAR.
- Participar en la organización de las comunidades para la detección de patologías y vulnerables.
- Convocar y efectuar reuniones con grupos de apoyo en la comunidad.
- Llenar y mantener actualizados el croquis y el diagnóstico de sus comunidades.
- Efectuar visitas periódicas al sector asignado dentro del área de influencia del CESAR.
- Participar en la organización de las comunidades para el apoyo de los sub-programas de salud en el CESAR.
- Participar en la organización de las comunidades para la construcción de obras físicas para el mejoramiento de la salud y otras de interés comunitario.
- Promover y orientar a las comunidades sobre producción, conservación y consumo de los alimentos.
- Hacer demostraciones sobre preparación de alimentos.
- Promover, organizar y asesorar a las comunidades para el mejoramiento de la vivienda.
- Educar a grupos de madres sobre salud y alimentación.
- Educar a grupos de la comunidad sobre agua, excretas, vivienda y salud.

- Promover, organizar y asesorar a las comunidades para la instalación de pozos, letrinas y adecuada disposición de basuras.
- Educar a grupos sobre la importancia de la lactancia materna, de la alimentación de la madre y del niño y la higiene del medio ambiente.
- Promover la vacunación de BCG en los recién nacidos.
- Orientar a la comunidad para la detección de embarazadas.
- Orientar a la comunidad para la detección de recién nacidos y lactantes.
- Detectar parteras empíricas de su área
- Promover el adiestramiento de parteras empíricas
- Participar en el adiestramiento de Parteras empíricas
- Recibir las referencias enviadas por la partera empírica adiestrada y guardián de salud.
- Participar en las campañas de vacunación en promoción.
- Referir pacientes y mantener actualizado el sistema de referencias.
- Supervisar el trabajo de los grupos comunitarios.

Actividades del Promotor de Salud:

- Interpretar la política de salud a los grupos de la comunidad y aplicarla a nivel del área asignada.
- Organizar las comunidades en grupos de apoyo para la salud. Participar en la organización de las comunidades para la construcción de establecimientos nuevos de acuerdo a los planes establecidos.
- Dar educación sanitaria (Saneamiento Básico del Medio) a grupos escolares, familiares, comunales.
- Participar en la elaboración del diagnóstico del área de influencia de cada establecimiento de salud ubicada dentro de su jurisdicción y en el levantamiento del croquis.

- Participar en el desarrollo de los cursos de capacitación técnica de los grupos comunitarios.
- Promover y ejecutar cursos de motivación para cambiar actitudes y lograr responsabilidad participativa de la comunidad en los programas de salud.
- Promover la organización de los comités a nivel de área de influencia.
- Promover las reuniones mensuales del Comité y orientarlos en la elaboración y ejecución de sus planes de trabajo.
- Coordinar actividades e integrarse con el equipo de salud.
- Motivar, promover, organizar, programar, ejecutar y evaluar los proyectos y actividades en las comunidades de su área de influencia.
- Llevar historiales de pozos y letrinas de su área de influencia.
- Participar en las evaluaciones del personal comunitario.
- Participar en la promoción y programación de las campañas de vacunación.
- Supervisar los proyectos de infraestructura de su área de influencia.
- Celebrar reuniones en coordinación con otras instituciones.
- Asistir a las reuniones programadas por el equipo de área.
- Detectar líderes en las comunidades de su área de influencia.
- Gestionar a nivel comunitario y niveles jerárquicos superiores los cursos necesarios para la capacitación de los grupos comunitarios.

A N E X O I I

A R E A S	NUMERO DE VIVIENDAS		Guardián de Salud	Representante.	Partera Empírica Adiestrada.	Promotor de Salud.	Auxiliar de Enfermería.	Comité de Salud.
	Total	En la muestra						
SAN ANTONIO DE PADUA								
San Antonio Centro	34	2	-	-	1	-	-	-
Los Limones	81	6	-	2	-	1	1	1
La Laguna	17	1	1	1	1	-	-	-
El Saladito	39	3	1	1	1	-	-	-
Esquimay Arriba	72	5	1	-	2 *	-	-	-
Esquimay Abajo	61	4	1	-	-	-	-	-
El Moray	52	4	1	1	1	-	-	-
Tierra Agria	54	4	1	1	1	-	-	-
Los Jobos	75	5	1	1	3	-	-	-
La Rinconada	19	1	-	1	-	-	-	-
SUB TOTAL	504	35	7	8	10	1	1	1
P A V A N A								
Favana	128	9	-	2	-	1	1	1
El Tambor	87	6	1	1	-	-	-	-
Guanacastillo	58	4	1	1	-	-	-	-
Agua Caliente	72	5	1	-	-	-	-	-
Hatillos	22	2	1	1	-	-	-	-
La Castaña	42	3	1	1	-	-	-	-
El Pital	32	2	-	1	-	-	-	-
SUB TOTAL	441	31	5	7	-	1	1	1

* 1 de las Parteras es Guardián de Salud.

A R E A S	NUMERO DE VIVIENDAS		Guard. de Salud	Representante.	Part. Emp. Adies.	Prom. de Salud	Aux. de Enf.	Comité de Salud.
	Total	En la muestr.						
EL TULAR								
El Tular	250	17	-	2	-	1	1	-
Chilamatada	127	9	1	1	-	-	-	-
Pedrerito	51	4	1	1	-	-	-	-
Campamento	70	5	1	1	-	-	-	-
SUB TOTAL	498	35	3	5	-	1	1	-
TOTAL GENERAL	1443	101	15	20	10	3	3	2

A N E X O III

CUADRO N° I-1

Distribución de las aldeas de influencia de cada uno de los CESAR según el Número de Guardianes

N° GUARDIANES	N° DE ALDEA			T O T A L
	Padua	Pavana	El Tular	
No tiene	3	2	1	6
Hay 1 Guardián	7	5	3	15
T o t a l...	10	7	4	21

CUADRO N° I-2

Distribución de las aldeas de influencia de cada uno de los CESAR según el Número de Representantes

N° RERREPRESENTANTES	N° DE ALDEA			T O T A L
	Padua	Pavana	El Tular	
No tiene	3	1	-	4
Hay 1 Representante	6	5	3	14
Hay 2 Representantes	1	1	1	3
T o t a l...	10	7	4	21

CUADRO N° I-3

Distribución de las aldeas de influencia de cada uno de los CESAR según el Número de Parteras Empíricas Adiestradas.

N° DE PARTERAS	N° DE ALDEA			T O T A L
	Padua	Pavana	El Tular	
No tiene	3	-	-	3
Hay 1 Partera	5	-	-	5
Hay 2 Parteras	1	-	-	1
Hay 3 Parteras	1	-	-	1
T o t a l....	10	-	-	10

CUADRO N° I-4

Concepto del Programa de Ampliación de Cobertura formulado por los Guardianes de Salud, para cada uno de los CESAR y total

C O N C E P T O	N° DE G.S.			TOTAL
	San Ant. Padua	Pavana	El Tu-lar	
a) Extiende los servicios al área rural (cobertura)	-	1	-	1
b) Permite la atención de pacientes en distintos niveles de complejidad - (referencia).	-	-	-	-
c) Incorpora acciones educativas (sin especificarlas)	-	-	-	-
d) Incorpora acciones educativas para la prevención de enfermedades	1	1	-	2
e) Incorpora acciones educativas para promover el control (embarazo, crecimiento y desarrollo).	-	-	-	-
f) Incorpora acciones educativas para realizar actividades de saneamiento del medio	-	-	-	-
g) Promueve el trabajo en equipo (personal formal y comunitario)	-	-	-	-
h) Promueve la participación comunitaria a través de la elección del personal comunitario.	-	-	-	-
i) Promueve la participación comunitaria a través de la asistencia a charlas educativas	-	1	-	1
j) Promueve la participación comunitaria (sin especificar).	-	1	-	1
a y c	1	-	-	1
a y d	1	-	2	3
a y h	1	-	-	1
b y e	-	1	-	1
d y f	1	-	-	1
f y g	-	-	1	1
c, g y j	1	-	-	1
d, f y j	1	-	-	1
T O T A L...	7	5	3	15

CUADRO N° I-5

Aspectos que caracterizan al Programa de Ampliación de Cobertura identificados por los Guardianes de Salud, para cada uno de los CESAR y total

ASPECTOS QUE CARACTERIZAN AL PROGRAMA	N° DE RESPUESTAS			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
a) Extiende los servicios al área rural (Cobertura)	3	1	2	6
b) Permite la atención de pacientes en distintos niveles de complejidad (referencia)	-	1	-	1
c) Incorpora acciones educativas (sin especificar).	2	-	-	2
d) Incorpora acciones educativas para la prevención de enfermedades	4	1	2	7
e) Incorpora acciones educativas para promover el control (emba.crec.y des.)	-	1	-	1
f) Incorpora acciones educativas para realizar actividades de saneamiento del medio.	2	-	1	3
g) Promueve el trabajo en equipo (personal formal y comunitario)	1	-	1	2
h) Promueve la participación comunitaria a través de la elección del personal.	1	-	-	1
i) Promueve la participación comunitaria a través de la asistencia a charlas educativas.	-	1	-	1
j) Promueve la participación comunitaria (sin especificar).	2	1	-	3

81

CUADRO N° I-6

Concepto del Programa de Ampliación de Cobertura formulado por los Representantes de Salud para cada uno de los CESAR y total

CONCEPTO	N° DE R.S.			
	San Ant. Padua	Pavaaa	El Tular	TOTAL
a) Extiende los servicios al área rural (cobertura).	1	1	-	2
b) Incorpora acciones educativas (sin especificar)	2	-	-	2
c) Incorpora acciones educativas para la prevención de enfermedades.	-	-	-	-
d) Incorpora acciones educativas para realizar actividades del saneamiento del medio.	1	-	-	1
e) Promueve el trabajo en equipo (personal formal y comunitario).	-	-	1	1
f) Promueve la participación comunitaria a través de la asistencia a reuniones de discusión de problemas generales de la comunidad.	-	1	-	1
g) Promueve la participación comunitaria (sin especificar)	-	1	-	1
h) La respuesta no permitió elaborar conceptos.	2	1	2	5
a y c	1	-	-	1
c y d	-	1	1	2
c y e	1	-	-	1
d y e	-	-	1	1
e y g	-	1	-	1
c, d y g	-	1	-	1
T O T A L	8	7	5	20

CUADRO N° I-7

Aspectos que caracterizan al Programa de Ampliación de Cobertura identificados por los Representantes de Salud para cada uno de los CESAR y total

ASPECTOS QUE CARACTERIZAN AL PROGRAMA	N° DE RESPUESTAS			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
a) Extiende los servicios al área rural (cobertura)	2	1	-	3
b) Incorpora acciones educativas (sin especificar)	2	-	-	2
c) Incorpora acciones educativas para la prevención de enfermedades	2	2	1	5
d) Incorpora acciones educativas para realizar actividades de saneamiento del medio.	1	2	2	5
e) Promueve el trabajo en equipo (personal formal y comunitario).	1	1	2	4
f) Promueve la participación comunitaria a través de la asistencia a reuniones de discusión de problemas generales de la comunidad.	-	1	-	1
g) Promueve la participación comunitaria (sin especificar)	-	3	-	3
h) La respuesta no permitió elaborar conceptos.	2	1	2	5

CUADRO N° I-8

Concepto del Programa Ampliación de Cobertura formulado por la Par-
-tera Empírica Adiestrada, para el CESAR de San Antonio de Padua

C O N C E P T O	N° P.E.A.
a) Permite la atención de pacientes en distintos niveles de complejidad (referencias).	1
b) Incorpora acciones educativas (sin especificar)	1
c) Incorpora acciones educativas para la prevención de enfermedades.	-
d) Incorpora acciones educativas para realizar actividades de saneamiento del medio.	-
e) Promueve el trabajo en equipo (personal formal y comunitario).	-
f) Promueve la participación comunitaria (sin especificar).	-
g) La respuesta, no permitió elaborar concepto (lo expresan en términos del beneficio que les trae a su propio trabajo).	4
c y d	2
b, e y f	1
c, d y f	1
T O T A L...	10

92

CUADRO N° I-9

Aspectos que caracterizan al Programa de Ampliación de Cobertura identificados por la Partera Empírica adiestrada para el CESAR de San Antonio de Padua.

ASPECTOS QUE CARACTERIZAN AL PROGRAMA	N° DE RESPUESTAS
a) Permite la atención de pacientes en distintos niveles de complejidad (referencias)	1
b) Incorpora acciones educativas (sin especificar)	2
c) Incorpora acciones educativas para la prevención de enfermedades.	3
d) Incorpora acciones educativas para realizar actividades del saneamiento del medio.	3
e) Promueve el trabajo en equipo (personal formal y comunitario).	1
f) Promueve la participación comunitaria (sin especificar).	2
g) La respuesta no permitió elaborar concepto. (lo expresan en término del beneficio que les trae a su propio trabajo).	4

92

CUADRO N° I-10

Actividades que el Guardián de Salud identificó como más importantes para desarrollar en el Programa, para cada uno de los CESAR y total

T A R E A S	N° DE RESPUESTAS			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tu- lar	TOTAL
a) Asistenciales	4	2	-	6
b) Asistenciales y de promoción de referencias	1	-	-	1
c) Educativas (sin especificar)	3	1	1	5
d) Educativas para el saneamiento del medio (agua, excretas, etc)	2	4	2	8
e) Educativas para la higiene personal, hervido de agua, higiene de los alimentos.	2	3	2	7
f) Educativas para promover huertos familiares y comunales.	-	1	-	1
g) Educativas para promover el control de embarazo, puerperio, etc.	1	1	-	2
h) Educativas para promover el control de crecimiento y desarrollo del niño.	-	1	-	1
i) Educativas para promover la aceptación de vacunas.	-	-	1	1
j) De suministro de información sobre hechos vitales (nacimientos y defunciones).	1	-	-	1

94

CUADRO N° I-11

Actividades que el Representante de Salud identificó como más importantes para desarrollar en el Programa para cada uno de los -
CESAR y total.

T A R E A S	N° DE RESPUESTAS			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
a) Divulgar la política y los programas de salud.	-	1	-	1
b) Educativas (sin especificar)	2	2	-	4
c) Educativas para el saneamiento del medio (agua, excretas, etc)	5	4	4	13
d) Educativas para la higiene personal, hervido del agua, higiene de los <u>al</u> imentos).	2	1	-	3
e) Educativas para promover huertos familiares y comunales.	1	1	-	2
f) Educativas para promover aceptación de las vacunas	-	1	-	1
g) Para promover el acceso a los <u>dis</u> ---tintos niveles de atención en el <u>mo</u> mento oportuno.	-	1	-	1
h) No especificó actividades	2	1	1	4
i) Otras actividades de ayuda a la <u>comu</u> nidad, (no incluidas dentro de sus funciones).	-	2	1	3

CUADRO N° I-12

Actividades que la Partera Empírica Adiestrada identificó como más importantes para desarrollar en el Programa, para cada uno de los -
CESAR y total

T A R E A S	Nº DE RESPUESTAS
	Sar Antonio de - Padua
a) Asistenciales (únicamente)	2
b) Asistenciales y de promoción de referencias	5
c) Educativas (sin especificar)	2
d) Educativas para la higiene personal, hervido de agua, higiene de los alimentos	2
e) Para promover el control de embarazo y puerperio.	4
f) Para promover atención de partos en los servicios del Programa.	1
g) Para promover el acceso a los niveles de atención en el momento oportuno.	1
h) Suministro de información sobre hechos vitales (nacimientos y defunciones).	1

CUADRO N° I-13

Tiempo que llevan participando en el Programa los Guardianes de Salud, para cada uno de los CESAR y total

T I E M P O	N° DE ALDEAS			
	San Ant. Padua.	Pavana	El Tu lar	TOTAL
3 a 5 meses	2	2	-	4
6 a 11 meses	3	1	-	4
1 año a 1 año, 5 meses	-	-	-	-
1 año 6 meses a 1 año 11 meses	2	1	2	5
2 años a 2 años y 5 meses	-	1	1	2
T O T A L...	7	5	3	15

CUADRO N° I-14

Tiempo que llevan participando en el Programa los Representantes de Salud, para cada uno de los C E S A R y total

T I E M P O	N° DE ALDEAS			
	San Ant. Padua.	Pavana	El Tu lar	TOTAL
3 a 5 meses	1	2	1	4
6 a 11 meses	1	-	2	3
1 año a 1 año 5 meses	2	-	1	3
1 año 6 meses a 1 año 11 meses	2	3	1	6
2 años a 2 años y 5 meses	2	2	-	4
T O T A L	8	7	5	20

CUADRO N° I-15

Tiempo que llevan participando en el Programas las Parteras
Empíricas Adiestradas, para el CESAR de San Antonio de
Padua

T I E M P O	N° ALDEAS
	San Ant. Padua
3 a 5 meses	8
6 a 11 meses	1
1 año a 1 año 5 meses	-
1 año 6 meses a 1 año 11 meses	-
2 años a 2 años y 5 meses	-
No recuerda	1
T O T A L	10

98

CUADRO N° I-16

Actividades que actualmente hace la comunidad en apoyo al Programa según los Guardianes de Salud para cada uno de los C E S A R y total

ACTIVIDADES	NUMERO DE RESPUESTAS			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
- Consultan por estar enfermos	2	2	-	4
- Consultan por estar enfermos y aceptan sus consejos (medicinas, referencias, etc).	4	4	1	9
- Consultan aunque no estén enfermos (llevan sus niños a control, controlan embarazo, etc)	-	2	-	2
- Asisten a reuniones promovidas por el G.S. para charlas educativas	5	3	3	11
- Asisten a reuniones promovidas por el G.S. para resolver problemas de saneamiento.	4	4	2	10
- Participan en la ejecución de proyectos comunales promovidos por el G.S.	3	1	2	6
- Plantean sus problemas al G.S. para que en conjunto sean resueltas.	-	1	-	1
- Hierven el agua	1	2	-	3
- Queman la basura	1	1	-	2
-Les avisa sobre nacimientos y defunciones.	1	-	-	1

af

CUADRO N° I-17

Actividades de mayor participación comunitaria identificadas por el Guardián de Salud dentro del conjunto de acciones que desarrolla actualmente la comunidad en apoyo al Programa, por cada uno de los CESAR y total

ACTIVIDADES	N° DE G.S.			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
- Consultan por estar enfermos	-	-	-	-
- Consultan por estar enfermos y aceptan sus consejos (medicinas, referencias, etc)	1	-	-	1
- Consultan aunque no estén enfermos (llevan sus niños a control, controlan embarazo etc).	-	1	-	1
- Asisten a reuniones promovidas por el G.S. para charlas educativas.	1	-	-	1
- Asisten a reuniones promovidas por el G.S. para resolver problemas de saneamiento.	2	3	2	7
- Participan en la ejecución de proyectos comunales promovidas por el G.S.	3	-	1	4
- Plantean sus problemas al G.S. para que en conjunto sean resueltos.	-	1	-	1
T O T A L...	7	5	3	15

CUADRO N° I-18

Actividades que actualmente hace la comunidad en apoyo al Programa según Representantes de Salud, para cada uno de los CESAR y total

ACTIVIDADES	N° DE RESPUESTAS			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
- Consultan por estar enfermos	2	-	-	2
- Consultan por estar enfermos y aceptan sus consejos (medicinas, referencias).	1	2	-	3
- Consultan aunque no estén enfermos (llevan los niños a control, controlan embarazo, etc).	-	1	-	1
- Asisten a reuniones promovidas por el R.S. para charlas educativas.	4	-	-	4
- Asisten a reuniones promovidas por el R.S. para resolver problemas de saneamiento.	7	3	3	13
- Participan en la ejecución de proyectos comunales promovidos por el R.S.	4	4	3	11
- Plantean sus problemas al R.S. para que en conjunto sean resueltos.	3	1	1	5
- La comunidad no presta apoyo	1	1	1	3
- La comunidad no comprende bien el programa.	-	1	-	1

CUADRO N° I-19

Actividades de mayor participación comunitaria identificadas por el Representante de Salud dentro del conjunto de acciones que desarrolla actualmente la comunidad en apoyo al Programa para cada uno de los CESAR y total

ACTIVIDADES	N° DE R.S.			TOTAL
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	
- Consultan por estar enfermos	-	-	-	-
- Consultan por estar enfermos y aceptan sus consejos (medicinas, referencias, etc)	-	-	-	-
- Consultan aunque no están enfermos (llevan a sus niños a control, controlan embarazo, etc).	-	1	-	1
- Asisten a reuniones promovidas por el R.S. para charlas educativas	-	-	-	-
- Asisten a reuniones promovidas por el R.S. para resolver problemas de saneamiento.	3	-	1	4
- Participan en la ejecución de proyectos comunales promovidos por el R.S.	2	3	3	8
- Plantean sus problemas para que en conjunto sean resueltos.	2	1	1	4
- Otro	1	2	-	3
T O T A L...	8	7	5	20

CUADRO N° I-20

Actividades que actualmente hace la comunidad en apoyo al Programa - según la Partera Empírica Adiestrada del CESAR: San Antonio de Padua

A C T I V I D A D E S	Nº DE RESPUESTAS
- Consultan por parto	6
- Consultan por parto y aceptan sus consejos (medicinas, referencias, etc)	7
- Consultan aunque no estén enfermos (controlan embarazos, etc)	4
- Asisten a reuniones promovidas por P.E.A. para charlas educativas.	4
- Asisten a reuniones promovidas por P.E.A. para resolver problemas de saneamiento.	2
- Participan en la ejecución de proyectos comunales promovidos por P.E.A.	3
- Plantean sus problemas a la P.E.A. para que en conjunto sean resueltos.	2
- Otros	1

CUADRO N° I-21

Actividades de mayor participación comunitaria identificadas por la Partera Empírica Adiestrada dentro del conjunto de acciones - que desarrolla actualmente la comunidad en apoyo al Programa para el CESAR de San Antonio de Padua

A C T I V I D A D E S	Nº DE P.E.A.
-Consultan por parto	1
- Consultan por parto y aceptan sus consejos (medicinas, referencias, etc)	1
- Consultan aunque no estén enfermas (control del embarazo, etc)	2
- Asisten a reuniones promovidas por la P.E.A. para charlas educativas	2
- Asisten a reuniones promovidas por la P.E.A. para resolver problemas de saneamiento.	-
- Participan en la ejecución de proyectos comunales promovidos por la P.E.A.	2
- Plantean sus problemas para que en conjunto sean resueltos.	2
- Otros	-
T O T A L...	10

101

CUADRO N° I-22

Acciones individuales más activas identificadas por los Guardianes de Salud para promover la participación comunitaria

ACTIVIDADES	N° DE G.S.			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
- Hacer visitas domiciliarias para captar pacientes, referirlos si es necesario y también promover medidas preventivas (hervido del agua, higiene personal, de alimentos, etc).	1	-	-	1
- Promover reuniones o charlas educativas.	2	2	1	5
- Promover proyectos comunales (de saneamiento, huertos, etc) según su iniciativa.	-	-	1	1
- Promover y ejecutar junto con la comunidad proyectos comunales según su iniciativa.	1	-	-	1
- Reunirse con la comunidad para detectar sus problemas y buscarle solución	3	3	1	7
TOTAL..	7	5	3	15

102

CUADRO N.º I-23

Acciones individuales más activas identificadas por el Representante de Salud para promover la participación comunitaria, para cada uno de los CESAR y total

ACTIVIDADES	N.º DE R.S.			
	San Ant. Padua	Pavano	El Tular	TOTAL
- Hacer visitas para divulgar los programas.	1	-	-	1
- Hacer visitas domiciliarias para captar pacientes y referirlos si es necesario.	-	-	1	1
- Promover proyectos comunales (saneamiento, huertos, etc) según su iniciativa.	1	1	1	3
- Promover y ejecutar junto con la comunidad proyectos comunales según su iniciativa.	1	1	1	3
- Reunirse con la comunidad para detectar sus problemas y buscarles solución.	5	4	2	11
- Otro	-	1	-	1
T O T A L...	8	7	5	20

106

CUADRO N° I-24

Acciones individuales más activas identificadas por la Partera Em-
pírica Adiestrada para promover la participación comunitaria.
(San Antonio de Padua)

A C T I V I D A D E S	Nº DE P.E.A.
- Atender consultas que les hagan	1
- Hacer visitas para divulgar programas	1
- Hacer visitas domiciliarias para captar pacientes	1
- Hacer visitas domiciliarias para captar pacientes, referirlos si es necesario y también promover medidas preventivas (hervido del agua, higiene personal, de alimentos, etc).	3
- Promover proyectos comunales (de saneamiento, huertos, etc) según su iniciativa.	1
- Reunirse con la comunidad para detectar sus problemas y buscarle solución.	3
T O T A L...	10

CUADRO N° 1-25

Personal formal, comunitario y organizaciones de la comunidad con quienes debe trabajar según opinión de los Guardianes de Salud para cada uno de los CESAR y total

CON QUIENES DEBE TRABAJAR	N° de G.S.			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
A.E.	1	-	1	2
R.S.	1	-	1	2
P.S. Y A.E.	2	1	-	3
R.S. y F.E.A.	2	-	-	2
P.E.A., A.E. y Organizaciones Comunitarias.	-	1	-	1
R.S., A.E. y Organizaciones Comunitarias.	-	1	-	1
R.S., P.S. y Organizaciones Comunitarias.	-	-	1	1
R.S., P.S., A.E. y Organizaciones Comunitarias.	1	-	-	1
R.S., A.E., Comité de Salud y Organizaciones Comunitarias.	-	1	-	1
R.S., P.S., A.E., Comité de Salud y Organizaciones Comunitarias.	-	1	-	1
T O T A L..	7	5	3	15

CUADRO N° I-26

Número de actividades identificadas por el Guardián de Salud para el trabajo coordinado con el personal formal, comunitario y organizaciones comunitarias para cada uno de los CESAR y total

N° DE G.S.

N° ACT	SAN ANTONIO DE PADUA						P A V A N A						EL TULAF						T O T A L					
	RS	PEA	PS	AE	Org. Com.	Com. Sal.	RS	PEA	PS	AE	Org. Con.	Com. Sal.	RS	PEA	PS	AE	Org. Com.	Com. Sal.	RS	PEA	PS	AE	Org. Con.	Com. Sal.
Ninguna	3	5	4	3	6	7	2	4	2	-	3	3	1	3	2	2	3	X	6	12	8	5	12	10
1	-	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	X	-	1	1	2	1	1
2	2	-	2	-	-	-	1	-	2	1	-	-	1	-	1	-	-	X	4	-	5	1	-	-
3	1	1	-	1	-	-	1	(1)	1	2	1	-	-	-	-	-	-	X	2	2	1	3	1	-
4	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	X	3	-	-	1	1	-
5	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	2	-	-
6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	1	-	-
No específico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	1
Total	7	7	7	7	7	7	5	5	5	5	5	5	3	3	3	3	3	X	15	15	15	15	15	12

(X) No hay Comité de Salud

(1) Es Partera Empírica sin adiestrar

CUADRO N° I-27

Personal formal, comunitario y organizaciones de la comunidad con quienes debe trabajar según opinión de los Representantes de Salud, para cada uno de los CESAR y total

CON QUIENES DEBE TRABAJAR	N° DE R.S.			
	San Ant. Padua	Pava- na	El Tu- lar	TOTAL
Con nadie	1	2	-	3
P.S.	2	-	1	3
P.S. y A.E.	2	2	1	5
P.S. y G.S.	1	-	-	1
P.S., G.S. y A.E.	-	3	2	5
P.S., R.S. y A.E.	-	-	1	1
P.S., R.S., A.E. y P.E.A.	2	-	-	2
T O T A L...	8	7	5	20

CUADRO N° I-28

Número de actividades identificadas por el Representante de Salud, para el trabajo coordinado con el personal formal, comunitario y organizaciones comunitarias, para cada uno de los CESAR y total

N°ACT.	N° DE R.S.																											
	SAN ANTONIO DE PADUA							P A V A N A							EL TULAR							T O T A L						
	RS	GS	PEA	PS	AE	Org. Com.	Com. Sal.	RS	GS	PEA	PS	AE	Org. Com.	Com. Sal.	RS	GS	PEA	PS	AE	Org. Com.	Com. Sal.	RS	GS	PEA	PS	AE	Org. Com.	Com. Sal.
Ninguna.	8	5	6	1	3	8	8	7	4	7	2	2	7	7	4	3	5	-	1	5	X	19	12	18	3	6	20	15
1	-	2	1	4	4	-	-	-	-	-	2	1	-	-	-	1	-	3	2	-	X	-	3	1	9	7	-	-
2	-	-	-	3	1	-	-	-	-	-	2	1	-	-	1	1	-	2	1	-	X	1	1	-	7	3	-	-
3	-	1	1	-	-	-	-	-	2	-	-	2	-	-	-	-	-	-	1	-	X	-	3	1	-	3	-	-
4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-
5	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	1	-	1	-	-	-
6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	1	-	-
Total	8	5	6	9	8	6	8	7	7	7	7	7	7	7	5	5	5	5	5	5	X	20	20	20	20	20	20	15

(X) No hay Comité de Salud

(1) Corresponde a El Tular donde hay 2 R.S.

CUADRO N° I-29

Personal formal, comunitario y organizaciones de la comunidad con quienes debe trabajar según opinión de las Parteras Empíricas Adiestradas, para el CESAR de San Antonio de Padua.

CON QUIENES DEBE TRABAJAR	N° DE P.E.A.
Con nadie	2
P.S. y A.E.	1
R.S. y A.E.	1
G.S. y R.S.	1
G.S., P.S. y A.E.	1
G.S., R.S. y A.E.	1
G.S., R.S., P.S. y A.E.	1
R.S., P.S., A.E. y Organizaciones comunitarias.	1
G.S., R.S., A.E. y Comité de -- Salud.	1
T O T A L . .	10

112

CUADRO N.º I-30

Número de actividades identificadas por la partera empírica adiestrada para el trabajo coordinado con el personal formal, comunitario y organizaciones comunitarias para el CESAR de San Antonio de Padua

N.º DE ACTIVIDADES	N.º DE P.E.A.					
	G.S.	R.S.	P.S.	A.F.	Org. Com.	Com. Sal.
Ninguna	5	3	6	4	9	10
1	1	2	3	3	-	-
2	1	-	1	1	1	-
3	-	2	-	-	-	-
4	1	2	-	2	-	-
5	1	-	-	-	-	-
6	-	1	-	-	-	-
7	1	-	-	-	-	-
TOTAL	10	10	10	10	10	10

113

CUADRO N° I-31

Opinión de los Guardianes de Salud respecto de si los recursos que les provee el Programa son suficientes para desarrollar sus actividades, para cada uno de los C E S A R y total

SUFICIENCIA DE LOS RECURSOS	N° DE G.S.			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
SI	-	3	2	5
NO	7	2	1	10
T O T A L	7	5	3	15

CUADRO N° I-32

Recursos que consideran fundamentales para sus actividades y que no disponen al momento de la entrevista según los Guardianes de Salud, para cada uno de los CESAR y total.

RECURSOS QUE NO DISPONEN Y CONSIDERAN NECESARIOS	N° DE GUARDIANES			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
- <u>MAYOR CANTIDAD DE:</u>				
. alimentos para curaciones (gasas, alcohol, etc. y botiquín).	5	2	1	8
. Medicinas:				
Aspirina	4	-	-	4
Expectorante	5	-	-	5
Antidiarréico	4	-	-	4
Vitaminas	2	-	-	2
Antiespasmódicos	4	2	-	6
Antiheméticos	-	1	-	1
sin especificar	1	-	1	2
- Mayor variedad de medicamentos para cubrir más patologías.	1	-	-	1
- Capacitación que los habilite a inyectar.	1	-	-	1
- Capacitación para uso de medicamentos.	-	1	-	1

CUADRO N° I-33

Opinión de los Representantes de Salud respecto de si los recursos que les provee el Programa son suficientes para desarrollar sus actividades, para cada uno de los CESAR y total.

SUFICIENCIA DE LOS RECURSOS	N° DE R.S.			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tu- lar	TOTAL
SI	1	4	2	7
NO	7	3	2	12
NO SABE	0	0	1	1
T O T A L	8	7	5	20

134

CUADRO N° I-34

Recursos que consideran fundamentales para sus actividades y que no disponen al momento de la entrevista, según los Representantes de Salud, para cada uno de los CESAR y total.

RECURSOS QUE NO DISPONEN Y CONSIDERAN NECESARIOS	N° DE R.S.			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
- <u>Herramientas para:</u>				
. Construcciones de letrinas y pozos.	6	1	-	7
. Mantenimiento	1	-	1	2
- <u>Materiales</u>				
. Cemento, cal, arcilla	7	2	2	11
. Varilla de hierro, alambre dulce etc.	6	1	2	9
. Ladrillos y láminas de zinc	1	1	-	2
. Bomba, tubería y repuestos	2	-	1	3
. Moldes para letrina	1	-	1	2
- <u>Apoy del equipo de salud al Promotor para conseguir materiales.</u>	1	-	-	1
. Medicinas	-	-	1	1
. sin especificar	-	1	-	1

CUADRO N° I-35

Opinión de las Parteras Empíricas adiestradas respecto de si los recursos que les provee el Programa son suficientes para desarrollar sus actividades, para el CESAR de San Antonio de Padua

SUFICIENCIA DE LOS RECURSOS	N° DE P.E.A.
SI	1
NO	9
T O T A L	10

CUADRO N° I-36

Recursos que consideran fundamentales para sus actividades y que no disponen al momento de la entrevista, según las Parteras Empíricas Adiestradas

RECURSOS QUE NO DISPONEN Y CONSIDERAN NECESARIOS	N° DE P.E.A.
	San Antonio de Padua.
Alcohol	8
Merthiolate	7
Ligamentos para cordón umbilical	5
Algodón	3
Gasas	3
Jabón	1
Mascarillas	1
Traje para atender partos	1
Corrita	1

CUADRO N° I-37: Resultados de la encuesta a los Auxiliares de Enfermería de los 3 C E S A R

A S P E C T O	SAN ANTONIO DE PADUA	P A V A N A	E L T U L A R
1- Tiempo de trabajo en el CESAR	1- 1 año 9 meses	1- 1 año 6 meses	1- 1 año 9 meses
2- Concepto que tiene del Programa de Ampliación de la Cobertura	2- . Permite llevar salud (atenciones) a los lugares más apartados. . Mejoramiento del agua y letrinas	2- . Mayor cobertura en el área rural. . Mayor acercamiento del personal de enfermería con las comunidades.	2- La comunidad recibe más atención porque se proyecta a la comunidad.
3- Actividades que considera importantes para desarrollar dentro del programa.	3- . Reuniones con la comunidad para darles educación sobre medidas preventivas. . Detectar casos de desnutrición.	3- . Atender pacientes de TBC . Vacunar a los niños . Promover y desarrollar el programa de control prenatal. . Promover y desarrollar el programa de crecimiento y desarrollo del niño.	3- . Concientizar a la comunidad sobre la importancia de los programas. . Darles consejos sobre higiene, hervido del agua, necesidad de acudir al centro.
4- Aspectos que le indican que la comunidad está participando en el Programa.	4- . Cuando consultan por estar enfermos y aceptan sus consejos (medicinas, referencias, etc). . Cuando asisten a reuniones para charlas educativas (promovidas por él). . Cuando participan en la ejecución de proyectos comunales (promovidos por él)	4- . Cuando consultan por estar enfermos y aceptan sus consejos (medicinas referencias, etc). . Cuando consultan para control del embarazo, crecimiento y desarrollo del niño, etc. . Cuando asisten a reuniones para charlas educativas (promovidas por él).	4- . Cuando consultan por estar enfermos y aceptan sus consejos (medicinas referencias, etc). . Cuando consultan para control del embarazo, crecimiento y desarrollo del niño, etc. . Cuando asisten a reuniones para charlas educativas (promovidas por él).

A S P E C T O	SAN ANTONIO DE PADUA	P A V A N A	E L T U L A R
<p>5- Papel que él entiende debe cumplir frente a la comunidad.</p>	<p>5- .Atender las consultas que le hacen.</p> <ul style="list-style-type: none"> . Hacer visitas domiciliarias para captar pacientes, referirlos si es necesario y promover medidas preventivas (hervido del agua, higiene personal, etc) .Promover reuniones o charlas educativas. .Hacer controles de crecimiento y desarrollo del niño. .Hacer controles prenatales para detectar complicaciones en el embarazo. .Llevar registro de hechos vitales. 	<p>5- .Atender las consultas que le hacen.</p> <ul style="list-style-type: none"> .Hacer visitas domiciliarias para captar pacientes y llevar el registro de hechos vitales. .Promover reuniones o charlas educativas. .Promover proyectos comunales (de saneamiento del medio, huertos comunales, etc). .Reunirse con la comunidad para detectar sus problemas y buscarle solución. 	<p>.Cuando asisten a reuniones para resolver problemas de saneamiento (promovidas por él).</p> <p>5- .Atender las consultas que le hacen.</p> <ul style="list-style-type: none"> .Hacer visitas domiciliarias para captar pacientes, referirlos si es necesario, y tambien promover medidas preventivas (hervido del agua, higiene personal, etc). .Promover reuniones o charlas educativas. .Promover proyectos comunales (de saneamiento, huertos, etc).
<p>6- Coordinación de actividades con el resto del personal, formal, comunitario y organizaciones de la comunidad.</p>	<p>6- .Permanente con: P.S.</p> <ul style="list-style-type: none"> . Frecuente con: G.S.,R.S. y P.E.A. .Esporádica con: Alcalde auxiliar y personal del SNEH. 	<p>6- .Permanente con:P.S.y R.S</p> <ul style="list-style-type: none"> .Frecuente con:Patronato de la comunidad y Club - Amas de casa. 	<p>6- .Permanente con: Club Amas de casa.</p> <ul style="list-style-type: none"> .Frecuente con: G.S. .Esporádica con: P.S. R.S. y parteras no adiestradas

A S P E C T O	SAN ANTONIO DE PADUA	P A V A N A	E L T U L A R
<p>7- Actividades que coordina con el personal nombrado en 6. (sólo para una coordinación frecuente o permanente).</p>	<p>7- -Con P.S., G.S., R.S. y P.E.A.: .Promover la aceptación de las vacunas. -Con G.S.: .Realizar acciones educativas para promover medidas preventivas (higiene personal, de alimentos, etc) .Promover el control de crecimiento y desarrollo del niño. .Promover el acceso a los distintos niveles de atención. -Con P.E.A.: .Promover el control prenatal y de puérperas. .Promover la aceptación de las vacunas. -Con P.S.: .Divulgar la política y los programas de los servicios de salud.</p>	<p>7- -Con P.S. y R.S.: .Realizar acciones educativas para promover medidas preventivas (higiene personal, de alimentos, etc). .Promover y ejecutar proyectos de saneamiento. -Con R.S.: .Promover la aceptación de las vacunas. -Con F.S.: .Promover el control de crecimiento y desarrollo del niño. .Promover el control prenatal y de puérperas. .Realizar encuestas para conocer problemas de salud. -Con Patronato de la comunidad: .Promover proyectos de saneamiento. -Con Club Amas de Casa: .Realizar proyectos de saneamiento.</p>	<p>7- -Con G.S.: .Promover el control de crecimiento y desarrollo del niño. .Promover el control prenatal y de puérperas. .Promover la aceptación de las vacunas. .Promover el acceso a los distintos niveles de atención. .Charlas sobre higiene ambiental. -Con Club Amas de Casa: .Divulgar la política y los programas de los servicios de salud. .Promover proyectos de saneamiento.</p>
<p>8-Suficiencia de los recursos que le provee el programa y necesidades básicas para realizar sus actividades.</p>	<p>8- No son suficientes. Generalmente carece de: .Medicinas (antibióticos, expectorantes, hematólicos, vitaminas).</p>	<p>8- No son suficientes. Generalmente no dispone de: .Medicinas (hematínicos, gotas para oídos y ojos, para erupciones, etc)</p>	<p>8- No son suficientes. Generalmente carece de: .Medicinas (expectorantes, penicilina).</p>

A S P E C T O	SAN ANTONIO DE PADUA	P A V A N A	E L T U L A R
	<ul style="list-style-type: none"> .Equipo de presión, refrigeradora para vacunas, estufa para esterilizar materiales, - equipos para partos y suturas. . Gasas, agujas para inyectar. .Papelería. 	<ul style="list-style-type: none"> .Viáticos para desplazarse al área rural. 	<ul style="list-style-type: none"> .Materiales para curaciones. .Viáticos para desplazarse al área rural.

CUADRO N° I-38: Resultados de la encuesta a los Promotores de Salud de los 3 C E S A R

A S P E C T O	SAN ANTONIO DE PADUA	P A V A N A	E L T U L A R
1- Tiempo de trabajo en el CESAR.	1- 5 meses	1- Menos de 1 mes (proviene de Paspire en que trabajó desde 1976).	1- 3 meses
2- Concepto que tiene del Programa de Ampliación de la Cobertura.	2- .Las comunidades deben seleccionar al G.S. y P.E.A. .Las comunidades buscan su propio desarrollo. .Las comunidades se organizan.	2- .Emana del Plan Nacional de Desarrollo. .Es dar salud a áreas - distantes por medio de G.S. y R.S. .Mejora los servicios del área rural.	2- .Ayuda a las comunidades en sus necesidades prioritarias. .La salud pública se encamina al progreso mediante el Programa.
3- Actividades que considera importantes para desarrollar dentro del programa.	3- Hablar sobre saneamiento ambiental, promoción y prevención. Realizar acciones de ejecución para que las comunidades crean.	3- .Dar charlas en las comunidades. .Desarrollar los programas prioritarios: letrización y excavación de pozos.	3- . Visitar las comunidades. .Cumplir con el rol de trabajo. .Estar presente cuando sea necesario.
4- Aspectos que le indican que la comunidad está participando en el programa.	4- .Cuando asisten a reuniones para resolver problemas de saneamiento (promovidas por él)	4- .Cuando consultan por estar enfermos. .Cuando asisten a reuniones para resolver problemas de saneamiento (promovidas por él).	4- .Cuando participan en la ejecución de proyectos comunales (promovidos por él).
5- Papel que él entiende debe cumplir frente a la comunidad.	5- .Hacer visitas domiciliarias para captar pacientes, referirlos si es necesario y promover medidas preventivas (hervido del agua,	5- .Promover reuniones o charlas educativas. .Promover proyectos comunales (de saneamiento,	5- .Hacer visitas domiciliarias para captar pacientes. .Formar patronatos. .Hacer visitas a maestros

62

A S P E C T O	SAN ANTONIO DE PADUA	P A V A N A	E L T U L A R
<p>6- Coordinación de actividades con el resto del personal formal, comunitario y organizaciones de la comunidad.</p> <p>7- Actividades que coordina con el personal nombrado en 6. (sólo para una coordinación frecuente o permanente).</p>	<p>higiene personal, etc)</p> <p>.Promover y ejecutar junto con la comunidad proyectos comunales (de saneamiento, huertos, etc) según su iniciativa</p> <p>.Agente de cambio para mejorar los servicios de salud.</p> <p>6- .Frecuente con:G.S., R.S. y A.E.</p> <p>7- -Con G.S.,R.S. y A.E.: .Realizar acciones educativas para promover medidas preventivas - (higiene personal, de alimentos, etc) .Realizar acciones para promover y ejecutar proyectos de saneamiento.</p>	<p>huertos, etc), según su iniciativa.</p> <p>.Ser responsable con la comunidad, no engañarla.</p> <p>6- .Permanente con:A.E. .Frecuente con:G.S., R.S. y grupos campesinos.</p> <p>7- -Con A.E.: .Promover el control prenatal y de puérperas. .Promover el control de crecimiento y desarrollo del niño. .Promover la aceptación de las vacunas.</p> <p>-Con G.S.: .Realizar acciones educativas para promover medidas preventivas - (higiene personal, de alimentos, etc).</p> <p>-Con R.S.: .Realizar acciones para promover la ejecución</p>	<p>6- .Esporádica con: G.S., R.S. y maestros.</p> <p>7-</p>

125

A S P E C T O S	SAN ANTONIO DE PADUA	P A V A N A	E L T U L A R
<p>8- Suficiencia de los recursos que le provee el programa y necesidades básicas para realizar sus actividades.</p>	<p>8- No son suficientes. Generalmente carece de:</p> <ul style="list-style-type: none"> .Equipo de herramientas, cinta métrica, brújula, cámara, mochila. .Materiales. 	<p>de proyectos de saneamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> .Organizar los comités, patronatos y clubes. <p>-Con grupo campesino:</p> <ul style="list-style-type: none"> .Realizar acciones de ejecución en los proyectos de saneamiento. <p>8- No son suficientes. Generalmente carece de:</p> <ul style="list-style-type: none"> .Cemento, varillas para letrinas y bombas. 	<p>8- No son suficientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> .Tabos de metal y de cemento. .Tarrajas .Viáticos para desplazarse al área rural.

gdx

CUADRO N° 1-39: Resultados de la encuesta a los Comités de Salud de los CESAR de San Antonio de Padua y Pavana

A S P E C T O	SAN ANTONIO DE PADUA	P A V A N A
1- Personal que conforma el Comité de Salud.	1- Siete R.S., dos P.E.A. y un G.S.	1- Ocho R.S.
2- Tiempo de trabajo en el área	2- 3 meses y medio	2- 5 meses
3- Concepto que tiene del Programa de Ampliación de la Cobertura	3- .Aumenta la cobertura en salud lo que está produciendo beneficios para las comunidades. Ejemplo de ello es el curso de parteras empíricas, es decir que el personal se está capacitando; o los proyectos de pozos.	3- Mejoramiento para la comunidad, mayor coordinación y participación en los proyectos.
4- Actividades que considera importantes para desarrollar dentro del Programa.	4- .Puntualidad y responsabilidad en el trabajo. .Dar a conocer lo que se está enseñando y desarrollarlo en el Programa de letrización: conciencia para usar la letrina, beneficio para los que la usan. .Orientación sobre agua y quema de basuras.	4- .Hacer gestiones con la A.E. y el P.S. para mejorar la salud de la comunidad. .Motivar a los compañeros para que no se desanimen y trabajen unidos
5- Aspectos que le indican que la comunidad está participando en el Programa.	5- .Cuando dejan vacunar a sus niños .Cuando participan en la ejecución de proyectos comunales promovidos por el Comité. .Cuando aceptan y utilizan sueros caseros para prevenir la muerte en los niños.	5- Cuando participan en la ejecución de proyectos comunales promovidos por el Comité.
6- Actividades que cumple el Comité como cuerpo y a través de los R.S. dirigidas a la comunidad.	6- a) Como cuerpo y a través de los R.S.: .Promueve y desarrolla programas sobre saneamiento del medio.	6- a) Como cuerpo y a través de los R.S.: .Promueve programas sobre saneamiento del medio.

CUADRO N° I-39 (continuación)

A S P E C T O	SAN ANTONIO DE PADUA	P A V A N A
<p>7- Coordinación de actividades con el personal formal y comunitario</p> <p>8- Actividades que coordina con el personal nombrado en 7. (sólo para una coordinación frecuente o permanente)</p>	<p>.Divulgar campañas de vacunación.</p> <p>b) Como cuerpo: .Celebra reuniones con el equipo de salud (formal y comunitario). .Sirve de intermediario entre el Ministerio de Salud y la comunidad.</p> <p>c) Por medio de los R.S.: .Participa en las campañas de vacunación.</p> <p>7-Permanente: _____ Frecuente con: G.S., P.E.A., P.S. y A.E. Esporádica: _____</p> <p>8- -- Con G.S.: .Promover la aceptación de las vacunas .Ayudarlo en la provisión de medicinas. .Promover el acceso a los distintos niveles de atención.</p> <p>-- Con P.E.A.: .Ayudarlo con las emergencias (partos complicados) .Participar en su readiestramiento.</p> <p>- Con P.S.: .Promover y ejecutar proyectos de saneamiento.</p> <p>-- Con A.E.: .Promover el acceso a los distintos niveles de atención.</p>	<p>b) Como cuerpo: .Celebra reuniones con el equipo de salud (formal y comunitario) .Realiza actividades para el mejoramiento de la vivienda.</p> <p>c) Por medio de los R.S.: .Desarrolla programas sobre saneamiento del medio.</p> <p>7- Permanente: _____ Frecuente con: G.S., P.S. y A.E. Esporádica: _____</p> <p>8- --Con G.S.: .No especifica actividades. Explícita que es necesario facilitarle medios (dinero) para que este personal asista a reuniones.</p> <p>-Con P.S.: .Desarrollar acciones educativas para promover medidas preventivas (higiene personal, de alimentos, etc) .Promover y ejecutar proyectos de saneamiento del medio y de mejoramiento de calles.</p> <p>-Con A.E.: .Promover la ejecución de proyectos de saneamiento. .Promover la aceptación de las vacunas.</p>

A S P E C T O	SAN ANTONIO DE PADUA	P A V A N A
<p>9- Suficiencia de los recursos que le provee el Programa y necesidades básicas para realizar sus actividades.</p>	<p>9- No son suficientes. Generalmente no dispone de: .Materiales para los G.S. y P.E.A. .Materiales y herramientas para la construcción de pozos y letrinas.</p>	<p>.Promover el acceso a los distintos niveles de atención. .Realizar las visitas domiciliarias.</p> <p>9- Son suficientes.</p>
<p>10- Organizaciones comunitarias identificadas por el Comité.</p> <p>a) orientación básica b) forma de elección de sus miembros c) renovación de autoridades d) relaciones de la organización con la comunidad. e) participación de la comunidad en las acciones que desarrolla la organización. f) relaciones del Comité con la organización.</p>	<p>10- 1) Patronato de Desarrollo Comunal</p> <p>a) no conoce b) no conoce c) no conoce d) no conoce e) no conoce f) no se relaciona</p> <p>2) Comité de Desarrollo Juvenil:</p> <p>a) Educación a la comunidad. Becas Información. b) Los elige la comunidad c) No existen períodos, depende del desempeño de los integrantes de la comisión. d) Hace visitas mensuales a las familias de los socios de las cooperativas. e) La comunidad participa en la programación y ejecución de sus actividades. f) No se relaciona.</p>	<p>10- 1) Patronato pro-mejoramiento comunitario:</p> <p>a) Bailes, limpiar calles, arreglar caminos. b) Los elige la comunidad c) Cada dos años. En la práctica permanecen más tiempo si trabajan activamente. d) Hace reuniones con la comunidad e) La comunidad plantea sus necesidades, programa y ejecuta las acciones. f) No se relaciona.</p> <p>2) Club Anas de Casa:</p> <p>a) Saneamiento ambiental. Dación de alimentos. b) Los elige la comunidad c) No existe. Perduran en el cargo hasta su alejamiento voluntario. d) Hace reuniones con la comunidad e) La comunidad participa en la programación y ejecución de sus actividades. f) No se relaciona.</p>

175

A S P E C T O	SAN ANTONIO DE PADUA	P A V A N A
		<p>3) Ligas Campesinas:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Agrícola: siembra de maíz, arroz etc. b) Los elige un activista de ANACH c) Cada año según estatutos internos. d) Hace reuniones con la comunidad e) La comunidad no participa f) No se relaciona.

179

CUADRO N° II-1

Familias del Area según si conocen los programas que está llevando a cabo el Centro de Salud (CESAR) para cada uno de los CESAR y total

CONCCEN LOS PROGRAMAS	NUMERO DE FAMILIAS			
	San Antonio de Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
SI	20	23	20	63
NO	10	5	12	27
NO SABE	5	3	3	11
T O T A L	35	31	35	101

CUADRO N° II-2

Familias según los medios por los cuales se enteraron del Programa para cada uno de los CESAR y total

MEDIOS POR LOS CUALES SE ENTERARON	N° DE FAMILIAS			
	San Antonio Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
- Por algún miembro de personal formal y/o comunitario	15	10	8	33
- Visitó el Centro de Salud	-	3	3	6
- Participó en la construcción del Centro.	-	-	4	4
- Otros medios (vecinos, otras personas)	5	10	5	20
- No conoce el Programa	15	8	15	38
TOTAL.....	35	31	35	101

CUADRO N° II-3

Acciones de la Auxiliar de Enfermería para hacer conocer los Programas del Centro de Salud (CESAR) según percepción de las familias para cada uno de los CESAR y total

ACCIONES DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA	NUMERO DE FAMILIAS			
	San Antonio de Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
-Hizo visitas domiciliarias y/o reuniones	7	5	6	18
. Hizo visitas domiciliarias.	4	3	5	12
. Hizo reuniones en la comunidad.	3	2	-	5
. Hizo visitas domiciliarias y reuniones en la comunidad.	-	-	1	1
-No hizo visitas ni reuniones en la comunidad.	28	26	29	83
TOTAL	35	31	35	101

CUADRO N° II-4

Acciones del Promotor de Salud para hacer conocer los programas del Centro de Salud (CESAR) según percepción de las familias para cada uno de los CESAR y total

ACCIONES DEL PROMOTOR DE SALUD	NUMERO DE FAMILIAS			
	San Antonio de Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
-Hizo visitas domiciliarias y/o reuniones.	-	1	1	2
. Hizo visitas domiciliarias.	-	-	1	1
. Hizo reuniones en la Com.	-	1	-	1
. Hizo visitas domiciliarias y reun.en la comunidad.	-	-	-	-
-No hizo visitas ni reuniones en la comunidad.	35	30	34	99
TOTAL	35	31	35	101

CUADRO N° II-5

Acciones del Guardián de Salud para hacer conocer los programas del Centro de Salud (CESAR) según percepción de las familias para cada uno de los CESAR y total.

ACCIONES DEL GUARDIAN DE SALUD	NUMERO DE FAMILIAS			TOTAL
	San Antonio de Padua	Pavana	El Tular	
- Hizo visitas domiciliarias y/o reuniones.	10	6	1	17
.Hizo visitas domicil.	2	3	1	6
.Hizo reuniones en la comunidad.	6	3	-	9
.Hizo visitas domicil. y reuniones en la Com.	2	-	-	2
- No hizo visitas ni reuniones en la comunidad.	25	25	34	84
TOTAL	35	31	35	101

CUADRO N° II-6

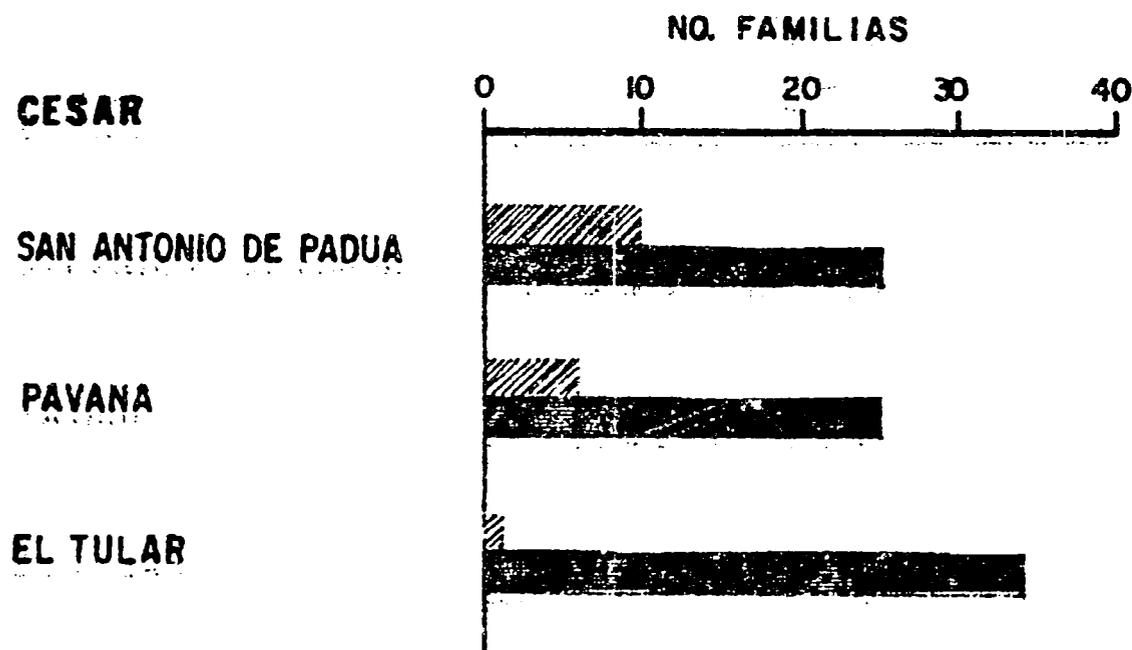
Acciones del Representante de Salud para hacer conocer los programas del Centro de Salud (CESAR) según percepción de las familias para cada uno de los CESAR y total

ACCIONES DEL REPRESENTANTE DE SALUD.	NUMERO DE FAMILIAS			TOTAL
	San Antonio de Padua	Pavana	El Tular	
- Hizo visitas domiciliarias y/o reuniones.	7	4	-	11
.Hizo visitas domicil.	3	4	-	7
.Hizo reuniones en la comunidad.	3	-	-	3
.Hizo visitas domicil. y reuniones en la com.	1	-	-	1
- No hizo visitas ni reuniones en la comunidad.	28	27	35	90
TOTAL	35	31	35	101

132

GRAFICO NO. II-5 A

ACCIONES DEL GUARDIAN DE SALUD PARA HACER CONOCER LOS PROGRAMAS DEL CENTRO DE SALUD (CESAR) SEGUN PERCEPCION DE LAS FAMILIAS, PARA CADA UNO DE LOS CESAR.

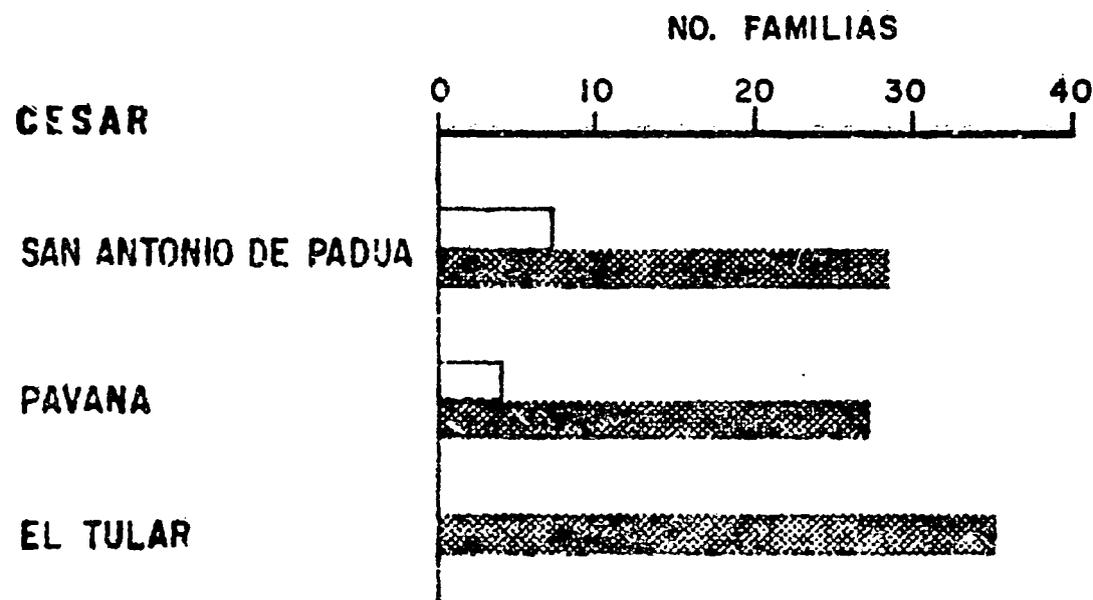


 EL GUARDIAN DE SALUD VISITO LAS FAMILIAS Y/O HIZO REUNIONES EN LA COMUNIDAD.

 EL GUARDIAN NO HIZO VISITAS NI REUNIONES.

1997

ACCIONES DEL REPRESENTANTE DE SALUD PARA HACER CONOCER LOS PROGRAMAS DEL CENTRO DE SALUD (CESAR) SEGUN PERCEPCION DE LAS FAMILIAS PARA CADA UNO DE LOS CESAR.



□ EL REPRESENTANTE DE SALUD VISITO LAS FAMILIAS Y/O HIZO REUNIONES EN LA COMUNIDAD.

▨ EL REPRESENTANTE DE SALUD NO HIZO VISITAS NI REUNIONES.

134

CUADRO N°II-7

Acciones de la Partera Empírica adiestrada para hacer conocer los programas del Centro de Salud (CESAR) según percepción de las familias. -

ACCIONES DE LA PARTERA EMPIRICA ADIESTRADA.	N° FAMILIAS	
	San Antonio Padua	
- Hizo visitas domiciliarias y/o reuniones	1	
.Hizo visitas domiciliarias.		1
.Hizo reuniones en la comunidad.		-
.Hizo visitas domiciliarias y reuniones en la comunidad.		-
- No hizo visitas ni reuniones en la comunidad.	34	
TOTAL	35	

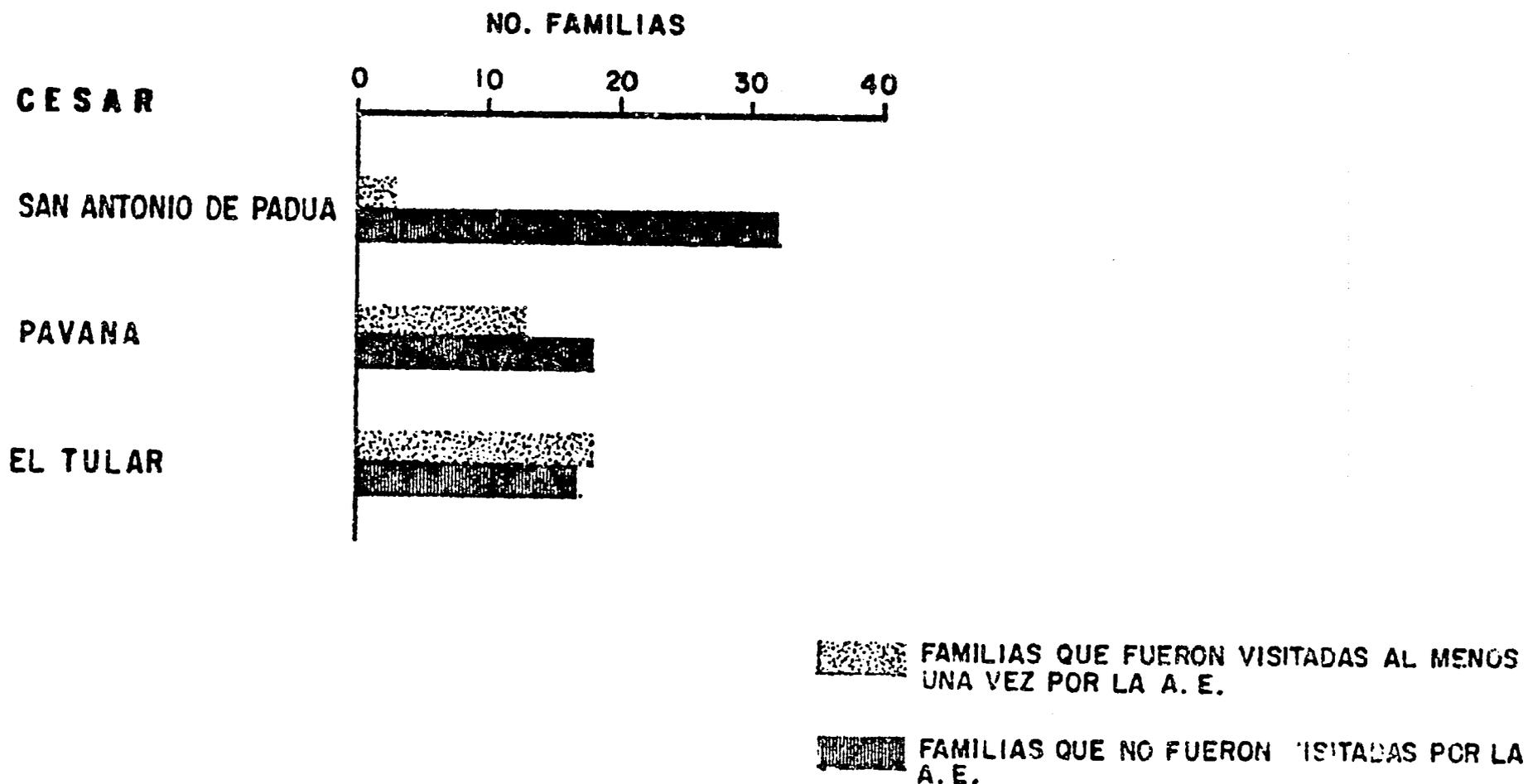
CUADRO N° II-8

Familias según la frecuencia con que fueron visitadas por la Auxiliar de Enfermería para cada uno de los CESAR y total.

FRECUENCIA DE LAS VISITAS	NUMERO DE FAMILIAS			
	San Antonio de Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
- No visitó la familia o	32	18	17	67
- Una vez	-	4	4	8
- Algunas veces	2	8	13	23
- Frecuentemente	1	1	1	3
TOTAL	35	31	35	101

135

FAMILIAS SEGUN FRECUENCIA CON QUE FUERON VISITADAS POR LA AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA CADA UNO DE LOS CESAR.



CUADRO N° II-9

Familias según la frecuencia con que fueron visitadas por el Promotor de Salud para cada uno de los CESAR y total.

FRECUENCIA DE LAS VISITAS	NUMERO DE FAMILIAS			TOTAL
	San Antonio de Padua	Pavana	El Tular	
No visitó la familia e no	25	24	28	77
Una vez	4	1	2	7
Algunas veces	5	5	4	14
Frecuentemente	1	1	1	3
TOTAL...	35	31	35	101

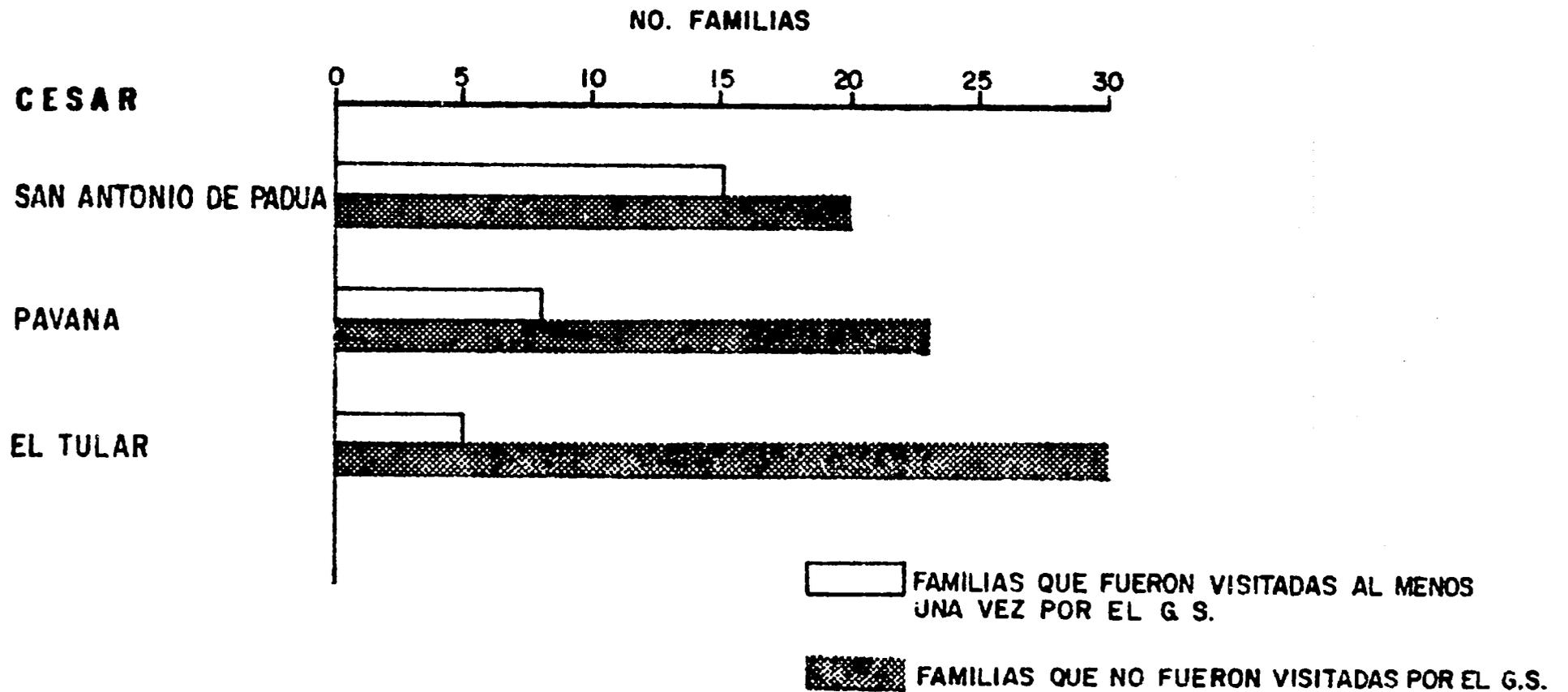
CUADRO N° II-10

Familias según la frecuencia con que fueron visitadas por el Guardián de Salud para cada uno de los CESAR y total.

FRECUENCIA DE LAS VISITAS	NUMERO DE FAMILIAS			TOTAL
	San Antonio de Padua	Pavana	El Tular	
No visitó la familia	20	23	30	73
Una vez	6	3	-	9
Algunas veces	7	5	5	17
Frecuentemente	2	-	-	2
TOTAL....	35	31	35	101

121

FAMILIAS SEGUN LA FRECUENCIA CON QUE FUERON VISITADAS POR EL GUARDIAN DE SALUD. PARA CADA UNO DE LOS CESAR.



198

CUADRO N° II-11

Familias según la frecuencia con que fueron visitadas por el Representante de Salud para cada uno de los CESAR y total.

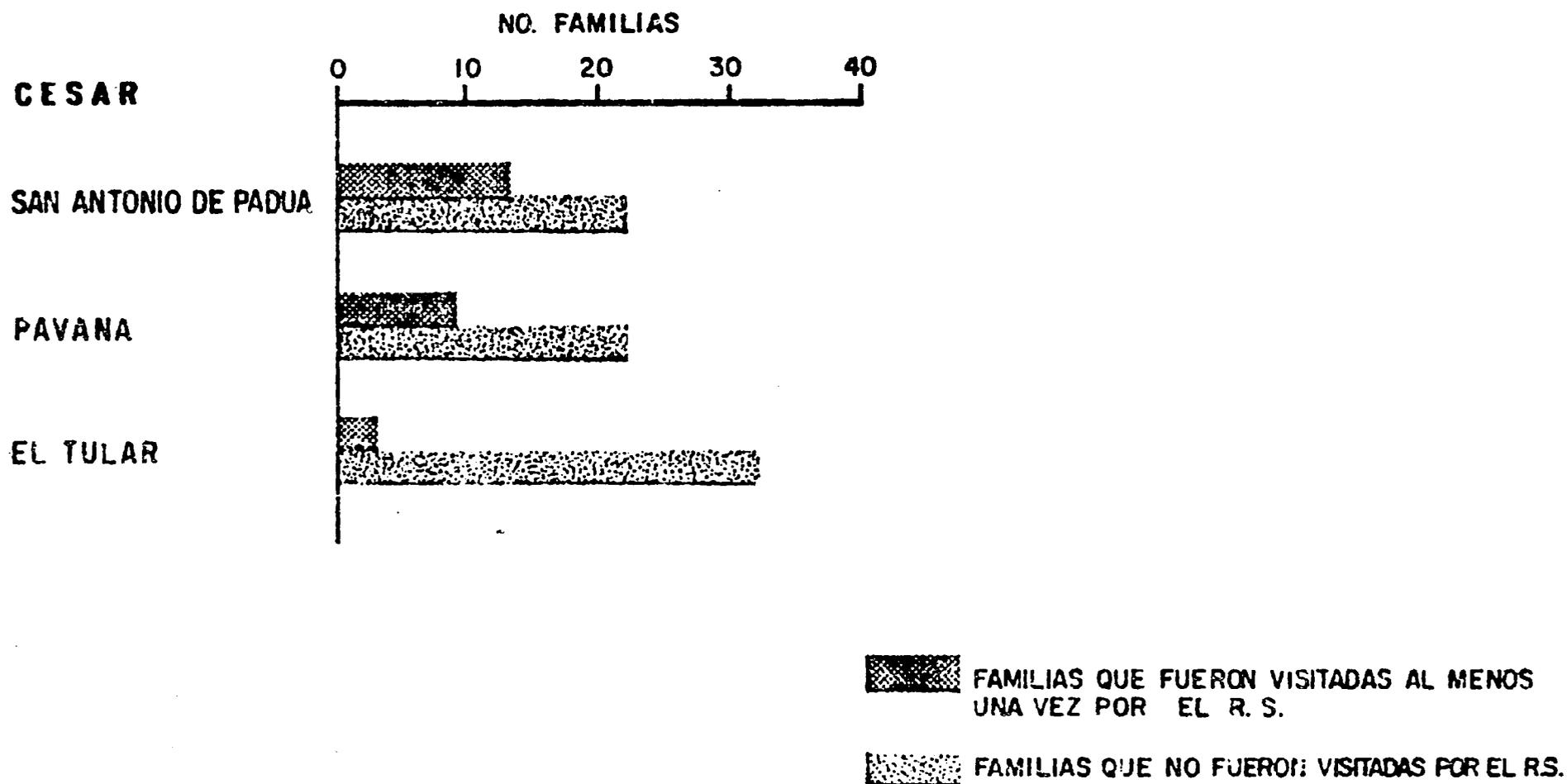
FRECUENCIA DE LAS VISITAS	NUMERO DE FAMILIAS			
	San Antonio de Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
- No visitó la familia	22	22	32	76
- Una vez	5	-	-	5
- Algunas veces	6	7	2	15
- Frecuentemente	2	2	1	5
TOTAL...	35	31	35	101

CUADRO N° II-12

Familias según la frecuencia con que fueron visitadas por la Partera Empírica Adiestrada

FRECUENCIA DE LAS VISITAS	N° DE FAMILIAS
	San Antonio Padua
- No visitó la familia	28
- Una vez	1
- Algunas veces	3
- Frecuentemente	3
T O T A L...	35

FAMILIAS SEGUN LA FRECUENCIA CON QUE FUERON VISITADAS POR EL REPRESENTANTE DE SALUD, PARA CADA UNO DE LOS CESAR.



CUADRO N° II-13

Consejos dados por la Auxiliar de Enfermería durante sus visitas a las familias para cada uno de los CESAR y total.

CONSEJOS	N° de OPORTUNIDADES			TO-TAL
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	
Higiene de alimentos (incluyen do hervido del agua).	2	7	4	13
Necesidad de la vacuna	1	2	8	11
Higiene y mejoramiento de la vivienda	1	4	4	9
Higiene personal	1	5	2	8
Necesidad de acudir a los servicios cuando el personal lo aconseja.	2	2	4	8
Control del niño sano en el centro.	1	4	2	7
Eliminación de basuras	1	2	1	4
Control de insectos y roedores	1	-	1	2
Disposición adecuada de excretas.	-	2	-	2
Control del embarazo y puerperio	-	1	-	1
Otros consejos	-	2	1	3
No se le dijo nada	-	1	-	1
No recuerda	1	1	2	4

141

CUADRO N° II-14

Consejos dados por el Promotor de Salud durante sus visitas a las familias para cada uno de los CESAR y total. -

CONSEJOS	NUMERO DE OPORTUNIDADES			TOTAL
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	
Disposición adecuada de las excretas.	4	3	3	10
Higiene de alimentos (incluyendo hervido del agua).	3	1	1	5
Higiene personal	3	1	-	4
Higiene y mejoramiento de la vivienda.	2	1	1	4
Control de insectos y roedores.	1	-	-	1
Eliminación de basuras	-	1	-	1
Necesidad de acudir a los servicios cuando el personal lo aconseja.	1	-	-	1
Otro consejo	1	-	1	2
No se le dijo nada	1	2	2	5
No recuerda	3	1	-	4

11/10

CUADRO N° II-15

Consejos dados por el Guardián de Salud durante su visita a las familias para cada uno de los CESAR y total.

CONSEJOS	NUMERO DE OPORTUNIDADES			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
Higiene y mejoramiento de la vivienda	16	10	-	26
Necesidad de acudir a los servicios cuando el personal lo aconseja.	7	5	2	14
Higiene de los alimentos (incluyendo hervido del agua)	6	6	-	12
Higiene personal	7	4	-	11
Control de crecimiento y desarrollo del niño.	7	1	-	8
Necesidad de las vacunas	1	5	-	6
Control de insectos y roedores.	-	5	-	5
Control del embarazo y puerperio.	-	1	1	2
Eliminación de basuras	-	1	-	1
Otros consejos	6	-	-	6
No le dijo nada	1	-	2	3
No recuerda	2	1	-	3

142

CUADRO N° II-16

Consejos dados por el Representante de Salud durante sus visitas a las Familias para cada uno de los CESAR y total

CONSEJOS	NUMERO DE OPORTUNIDADES			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
- Higiene personal	5	5	-	10
- Higiene y mejoramiento de la vivienda.	3	4	1	8
- Higiene de los alimentos (incluyendo hervido agua)	4	2	-	6
- Necesidad de acudir a los servicios cuando el personal lo aconseja.	2	2	-	4
- Eliminación de basuras	2	1	-	3
- Disposición adecuada de las excretas.	2	1	-	3
- Necesidad de las vacunas	2	-	-	2
- Control de crecimiento y desarrollo del niño.	1	-	-	1
- Otros consejos	2	-	-	2
- No le dijo nada	5	1	1	7
- No recuerda	1	-	1	2

146

CUADRO N° II-17

Consejos dados por la Partera Empírica adiestrada durante sus visitas a las familias para cada uno de los CESAR y total

C O N S E J O S	Nº DE OPORTUNIDADES
	San Antonio de Padua
-Higiene personal	3
-Higiene de los alimentos (incluyendo hervido del agua.)	2
-Control del embarazo y puerperio.	2
-Atención de partos en los servicios.	1
-No le dijo nada	3

CUADRO N° II-18

Reuniones que se realizan en la comunidad según frecuencia de las mismas para cada uno de los CESAR y total.

FRECUENCIA DE LAS REUNIONES	Nº DE FAMILIAS			
	San Antonio de Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
Se hicieron una vez	2	2	2	6
Se hacen algunas veces	16	19	18	53
Se hacen frecuentemente	11	4	5	20
No saben si se hacen reuniones.	6	6	10	22
T O T A L...	35	31	35	101

CUADRO N° II-19

Reuniones que se realizan en la comunidad según quienes las promueven para cada uno de los CESAR y total.

QUIENES PROMUEVEN LAS REUNIONES	N° DE RESPUESTAS			
	S.Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
Guardián de Salud	13	8	5	26
Representante de Salud	12	9	5	26
Auxiliar de Enfermería	1	2	8	11
Promotor de Salud	2	6	2	10
Partera Empírica adiestrada	3	-	-	3
Comité de Salud	-	1	-	1
Estudiantes de Enfermería	-	-	3	3
Otros	-	5	4	9
No sabe	13	8	7	28
Nadie	4	2	6	12

CUADRO N° II-20

Temas tratados en las reuniones de la comunidad para cada uno de los CESAR y total

T E M A S	N° DE RESPUESTAS			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
Promover proyectos de saneamiento.	5	8	5	18
Charlas sobre higiene personal	8	5	2	15
Política y programas de salud	4	2	3	9
Problemas generales de la comunidad.	1	3	3	7
Conveniencia de acudir a los --- servicios.	1	2	1	4
Promover huertos familiares y comunales.	-	4	-	4
Organizar club amas de casa	1	-	2	3
Se presentó al nuevo personal comunitario.	1	2	-	3
Crecimiento y desarrollo del niño.	1	-	2	3
Promover campaña de vacunación	-	1	1	2
Control del embarazo y puerperio	-	1	-	1
Otros temas	-	2	3	5
No se hacen reuniones	4	2	6	12
No recuerdan	22	17	15	54

CUADRO N° II-21

Charlas que realiza la Auxiliar de Enfermería en el CESAR según la frecuencia de las mismas para cada uno de los CESAR Y TOTAL

FRECUENCIA DE LAS CHARLAS	N° DE FAMILIAS			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
- Diariamente	4	3	3	10
- Algunas veces por semana	8	11	8	27
- De vez en cuando	3	1	2	6
- No sabe si se hacen charlas	20	16	22	58
TOTAL.	35	31	35	101

CUADRO N° II-22

Temas tratados por la Auxiliar de Enfermería en sus charlas impartidas en el CESAR para cada uno de los CESAR y total

T E M A S	NUMERO DE OPORTUNIDADES			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
Higiene de los alimentos	8	11	6	25
Crecim. y desarrollo del niño	3	3	4	10
Conveniencia de ir al CESAR	4	2	2	8
Proyectos de saneamiento	2	2	2	6
Control del emb.y puerperio	-	4	1	5
Política y programas de salud	-	2	1	3
Campañas de vacunación	1	1	-	2
Atención del parto en los serv.	-	1	-	1
Promoción de huertos comunales	-	1	-	1
Otros temas	1	2	3	6
No sabe o no recuerda	26	19	24	69

CUADRO N° II-23

Familias según cuál miembro del personal de salud identifican como de mayor confianza para cada uno de los CESAR y total

PERSONAL EN QUE TIENEN MAYOR CONFIANZA	NUMERO DE FAMILIAS			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
Auxiliar de Enfermería	8	9	17	34
Guardián de Salud	12	10	6	28
Representante de Salud	7	4	1	12
Partera Empírica adiestrada	2	-	-	2
Identifican 2 personas	1	1	2	4
Identifican 3 personas	-	1	-	1
Por ninguno	3	3	5	11
No sabe	2	3	4	9
TOTAL.....	35	31	35	101

CUADRO N^o II-24

Familias según el número de enfermedades identificadas como que más - frecuentemente padecen los niños, para cada uno de los CESAR y total

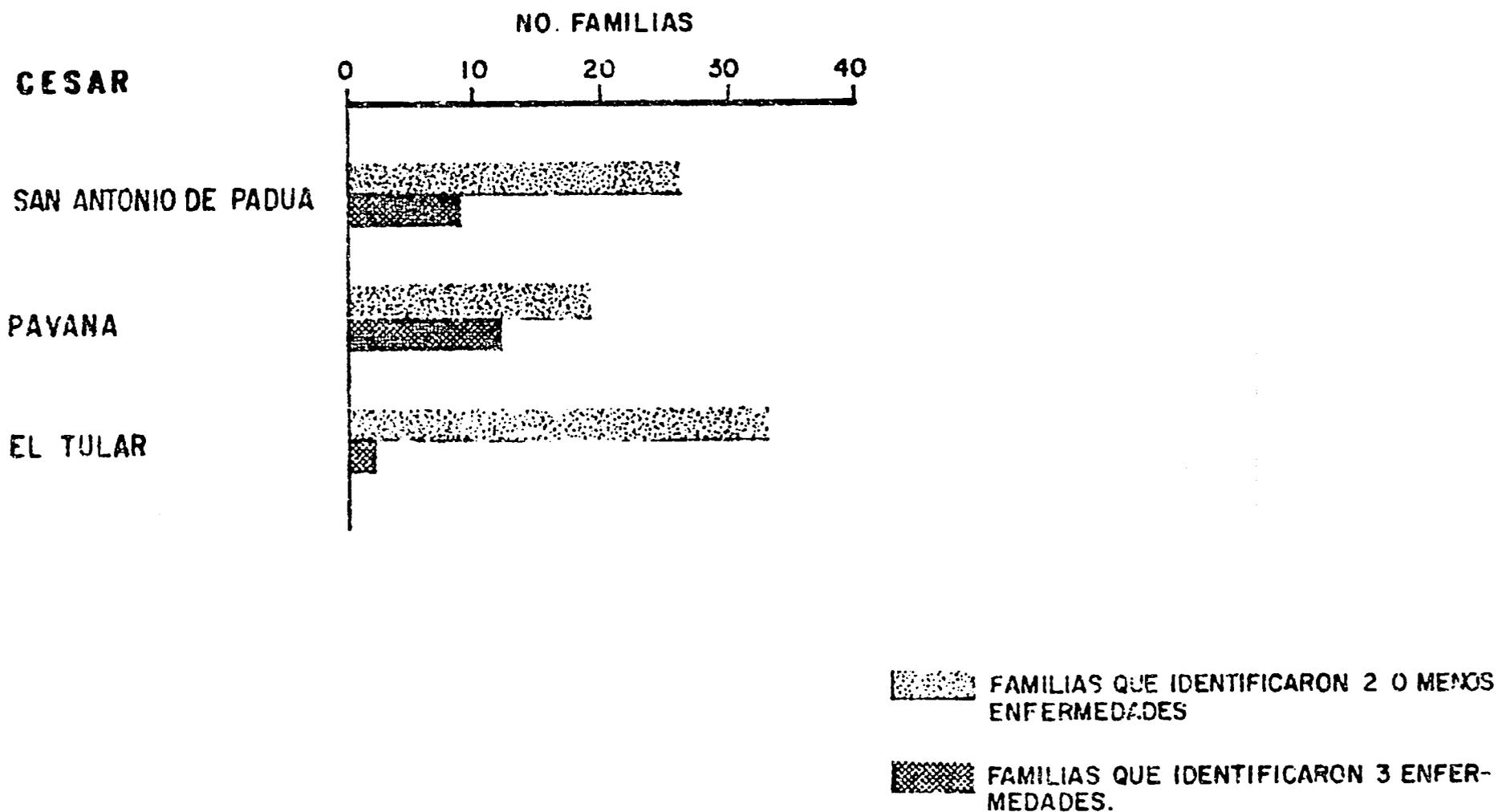
N ^o DE ENFERMEDADES IDENTIFICADAS	N ^o DE FAMILIAS			
	San Ant. Padua.	Pavana	El Tular	TOTAL
Ninguna	-	-	1	1
1	4	3	6	13
2	22	16	26	64
3	9	12	2	23
TOTAL...	35	31	35	101

CUADRO N^o II-25

Enfermedades que más frecuentemente padecen los niños, para cada uno de los CESAR y total

E N F E R M E D A D	N ^o DE VECES QUE SE LA MENCIONO			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
Diarreas	26	25	23	74
Gripe, tos, bronquitis	26	23	24	73
Calentura	7	7	4	18
Paludismo	2	6	7	15
Vasca	4	7	4	15
Parásitos, lombrices, etc.	7	1	3	11
Problemas de la piel	-	2	5	7
Otras	7	3	2	12

FAMILIAS SEGUN EL NUMERO DE ENFERMEDADES IDENTIFICADAS COMO MAS FRECUENTEMENTE PADECEN LOS NIÑOS, PARA CADA UNO DE LOS CESAR.



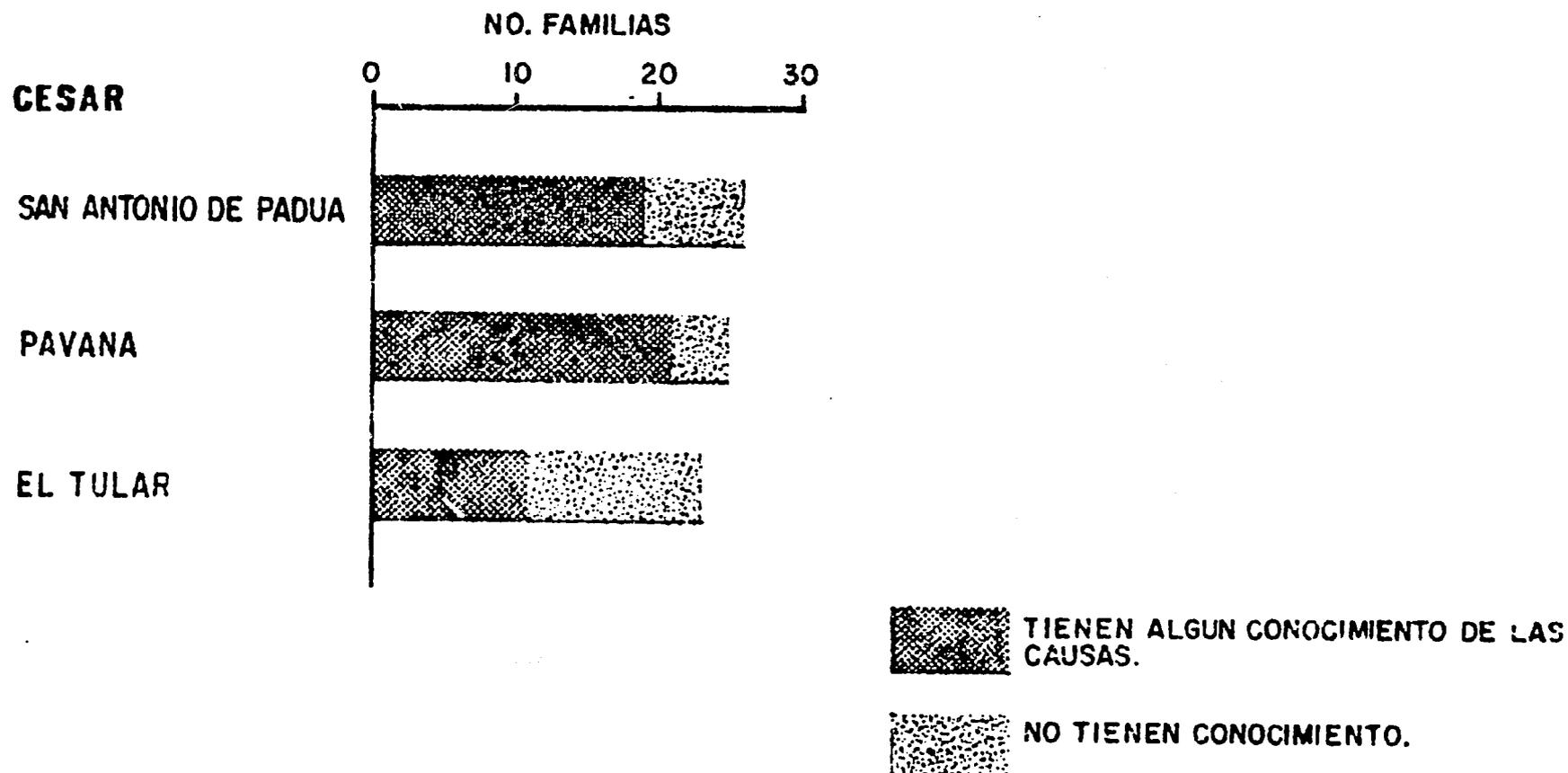
CUADRO N° II-26

Causas identificadas de la Diarrea para cada uno de los CESAR y total

C A U S A S	N° DE RESPUESTAS			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
El agua	12	11	8	31
La suciedad, falta de aseo e higiene de los alimentos	12	11	6	29
Las comidas que hacen daño	8	5	7	20
Descuido	4	8	3	15
Parásitos, lombrices	4	8	2	14
Los insectos, animales	1	4	4	9
Estómago, intestino débil	2	-	4	6
El calor	-	2	1	3
Debilidad, anemia, desnutri- ción.	3	-	-	3
Humedad, frío y sereno	-	1	1	2
Otros	1	-	2	3
No sabe	6	2	1	9

107

FAMILIAS SEGUN SI TIENEN O NO ALGUN CONOCIMIENTO DE LAS CAUSAS DE LAS DIARREAS.



CUADRO N^o II-27

Causas identificadas de la Gripe, para cada uno de los
CESAR y total

C A U S A S	N ^o DE RESPUESTAS			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
Humedad, frío y sereno	5	6	6	17
La suciedad, falta de aseo e higiene de los alimentos.	5	3	3	11
Descuido	3	5	2	10
Debilidad, anemia, desnutri- ción.	2	5	3	10
El calor	1	2	3	6
El agua	2	1	-	3
Contagio con otras personas	1	2	-	3
Parásitos, lombrices	1	-	--	1
Otros	-	-	1	1
No sabe	11	8	9	28

124

CUADRO N° II-28

Evolución que pueden seguir los niños enfermos de diarrea para cada uno de los CESAR y total

EVOLUCION DIARREAS	N° DE FAMILIAS			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
No sabe	3	2	3	8
Se cura	1	-	-	1
Se cura pero vuelve a enfermar de tiempo en tiempo.	1	-	-	1
Sigue igualmente enfermo	-	-	-	-
Empeora	2	2	3	7
Puede morir	19	21	17	57
T O T A L	26	25	23	74

CUADRO N° II-29

Evolución que pueden seguir los niños enfermos de Gripe para cada uno de los CESAR y total

EVOLUCION GRIPE	N° DE FAMILIAS			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
No sabe	5	5	3	13
Se cura	2	-	1	3
Se cura pero vuelve a enfermar de tiempo en tiempo.	1	-	-	1
Sigue igualmente enfermo	1	-	-	1
Empeora	8	6	10	24
Puede morir	9	12	10	31
T O T A L	26	23	24	73

CUADRO N° II-30

Opinión de las madres sobre si la diarrea es curable o no, para cada uno de los CESAR y total

O P I N I O N	N° DE FAMILIAS			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
No sabe	1	-	1	2
No puede curarse	-	-	-	-
Si puede curarse	17	17	9	43
No mencionó diarrea	17	14	25	56
T O T A L	35	31	35	101

CUADRO N° II-31

Opinión de las madres sobre si la gripe es curable o no para cada uno de los CESAR y total

O P I N I O N	N° DE FAMILIAS			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
No sabe	-	-	-	-
No puede curarse	1	-	1	2
Si puede curarse	13	12	15	40
No mencionó gripe	21	19	19	59
T O T A L	35	31	35	101

CUADRO N° II-32

Maneras identificadas por la madre para curar a los niños enfermos de diarrea para cada uno de los CESAR y total

MANERAS DE CURARSE	N° DE RESPUESTAS			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
Acudiendo al Centro	10	8	3	21
Con medicinas (sin especificar las)	5	7	4	16
Con medidas preventivas (cuidados, dieta, vitaminas)	5	2	2	9
Acudiendo al Médico	-	3	4	7
Acudiendo al Guardián	3	1	-	4
Con purgantes	2	1	-	3
Con tratamiento casero	1	1	-	2
Acudiendo al Hospital	-	2	-	2
No sabe	1	-	1	2

131

CUADRO N° II-33

Maneras identificadas por la madre para curar a los niños enfermos de gripe para cada uno de los CESAR y total

MANERAS DE CURARSE	N° DE RESPUESTAS			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
Acudiendo al Centro	5	5	10	20
Con medicinas (sin especificarlas)	6	3	3	12
Con antipiréticos	1	2	4	7
Con medidas preventivas (cuidados, dieta, vitaminas)	2	1	-	3
Con tratamiento casero	-	2	1	3
Con antibióticos	1	1	-	2
Acudiendo al Médico	-	1	1	2
Acudiendo al Guardián	-	1	-	1
Otro modo	1	-	-	1
No pueden curarse	1	-	1	2

CUADRO N° II-34

Opinión de las madres sobre si la diarrea es evitable o no, para cada uno de los CESAR y total

O P I N I O N	N° DE FAMILIAS			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
No es prevenible	-	3	2	5
Si es prevenible	18	14	8	40
No mencionó la enfermedad	17	14	25	56
T O T A L	35	31	35	101

CUADRO N° II-35

Opinión de las madres sobre si la gripe es evitable o no, para cada uno de los CESAR y total

O P I N I O N	N° DE FAMILIAS			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
No es prevenible	1	3	8	12
Si es prevenible	13	9	8	30
No mencionó la enfermedad	21	19	19	59
T O T A L	35	31	35	101

CUADRO N° II-36

Maneras identificadas por las madres para prevenir la diarrea en los niños, para cada uno de los CESAR y total

MANERAS DE PREVENIR LA DIARREA	N° DE RESPUESTAS			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
Con medidas preventivas caseras (cuidados, aseos, alimentación)	9	11	5	25
Con medicinas (sin especificar)	4	-	2	6
Con tratamiento casero	4	-	1	5
Acudiendo al Centro de Salud	2	-	-	2
Acudiendo al Médico	-	2	-	2
Con medidas preventivas (vacunas, vitaminas, control del niño sano)	1	-	-	1
Acudiendo al Guardián de Salud	1	-	-	1
Otros	2	-	-	2
No sabe	2	1	-	3

107

CUADRO N° II-37

Maneras identificadas por las madres para prevenir la gripe en los niños , para cada uno de los CESAR y total

MANERAS DE PREVENIR LA GRIPE	N° DE RESPUESTAS			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
Con medicina sin especificar	8	1	3	12
Con medidas preventivas caseras (cuidados, aseo, alimentación, etc.)	4	3	1	8
Con tratamiento casero	2	3	-	5
Con medidas preventivas (va- cunas, vitaminas y control del niño sano).	1	2	1	4
Acudiendo al médico	-	-	2	2
Con antipiréticos	-	-	1	1
Otro	1	-	-	1

161

CUADRO N° II-38

Embarazos habidos en el último año y lugar de concurrencia para su control, para cada uno de los CESAR y total

LUGAR DE CONCURRENCIA	N° DE FAMILIAS			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tu- lar	TOTAL
- A ningún lado	5	8	3	16
- Partera (no adiestrada)	2	-	3	5
- Al CESAR	2	3	3	8
- Al Hospital Materno Infantil	1	-	-	1
- Al CESAR y al Hospital	-	1	-	1
- Otros	1	1	-	2
- No hubo embarazo	24	18	26	68
T O T A L...	35	31	35	101

10/1

CUADRO N° II-39

Partos habidos en el último año según quienes los atendieron, para cada uno de los CESAR y total

QUIENES ATENDIERON EL PARTO	N° DE FAMILIAS			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
Partera Empírica	6	5	5	16
Personal no capacitada	1	5	2	8
Auxiliar de Enfermería	-	-	1	1
al Hospital	-	1	-	1
Otras personas	1	-	-	1
No tuvo parto	27	20	27	74
T O T A L...	35	31	35	101

103

CUADRO N° II-40

Control del puerperio en las familias en que hubo un parto en el último año, para cada uno de los CESAR y total

CONTROL DEL PUERPERIO	NUMERO DE FAMILIAS			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
Ningún lado	6	9	8	23
Al CESAR	1	2	-	3
Vino enfermera	-	-	1	1
No recuerda	1	-	-	1
No tuvo parto	27	20	26	73
T O T A L...	35	31	35	101

164

CUADRO N.º II-41

Relaciones entre control del embarazo, atención del parto y control del puerperio en mujeres que tuvieron su parto en el último año

A. Control del embarazo vs. atención del parto

ATENCIÓN DEL PARTO			
CONTROL DEL EMBARAZO	PERSONA NO CAPACITADA	PERSONAL CAPACITADO O INSTITUCIÓN.	T O T A L
Nadie o persona no capacitada	6	9	15
Personal capacitado o institución.	2	8	10
T O T A L	8	17 (*)	25

(*) Se excluye un caso que no consignó cómo hizo el control del embarazo.

B. Atención del parto vs. control del puerperio.

CONTROL DEL PUERPERIO			
ATENCIÓN DEL PARTO	NADIE O PERSONA NO CAPACITADA	PERSONAL CAPACITADO O INSTITUCIÓN.	T O T A L
Persona no capacitada	7	1	8
Personal capacitado o institución.	15	3	18
T O T A L	22	4 (*)	26

(*) Se excluye un caso que consignó "no recuerda" para el control del puerperio.

16

CUADRO N° II-42

Familias según si han llevado en el último mes a su niño más pequeño para control de peso y altura, por indicación de la Auxiliar de Enfermería, para cada uno de los CESAR y total

SI HIZO CONTROL	N° DE FAMILIAS			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
SI	6	9	5	20
NO	22	13	22	57
No tiene niños menores de 6 años.	7	9	8	24
T O T A L...	35	31	35	101

166

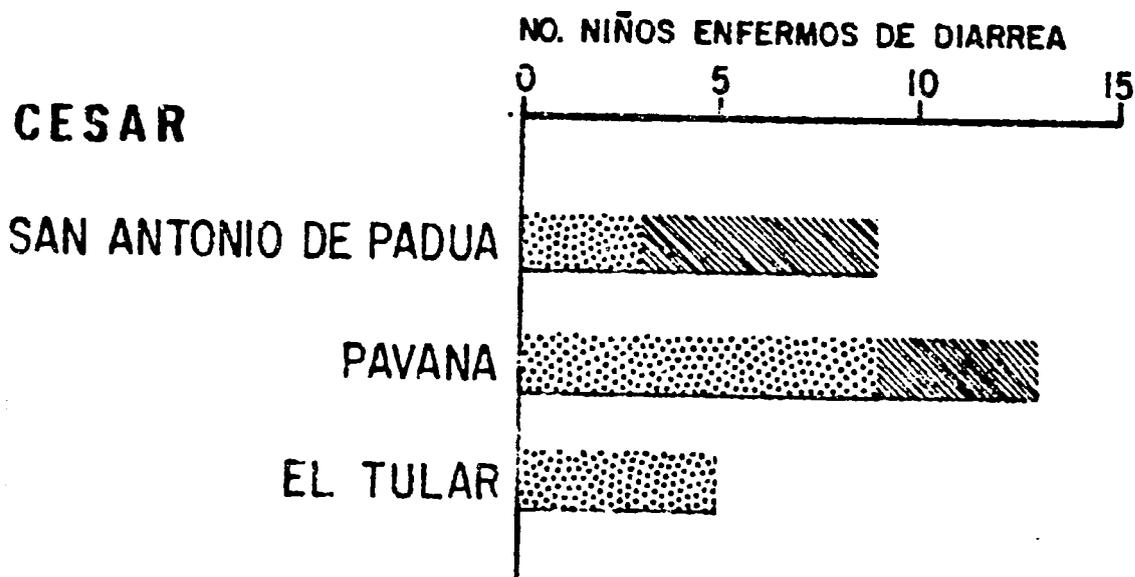
CUADRO N° II-43

Familias según sí en el último mes han tenido algún niño enfermo con diarrea y lugares adonde lo llevaron para cada uno de los C E S A R y total

PRESENCIA DE DIARREAS Y LUGAR DONDE LO LLEVARON	NUMERO DE FAMILIAS			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
- No tuvo diarrea	19	9	22	50
- Sí tuvo diarrea	9	13	5	27
- A ningún lado	3	3	3	9
- A un vecino curandero	3	1	2	6
- Al Guardián de Salud	1	3	-	4
- Al CESAR	1	4	-	5
- Al CESAR y clínica	-	1	-	1
- Al Hospital	-	1	-	1
- Otro	1	-	-	1
- No tiene niños menores de 6 años	7	9	8	24
T O T A L	35	31	35	101

(5)

NIÑOS ENFERMOS DE DIARREA DURANTE EL MES ANTERIOR A LA ENTREVISTA, SEGUN QUIENES LOS ASISTIERON PARA CADA UNO DE LOS CESAR



ASISTIDOS POR EL C.S. CESAR, ETC.

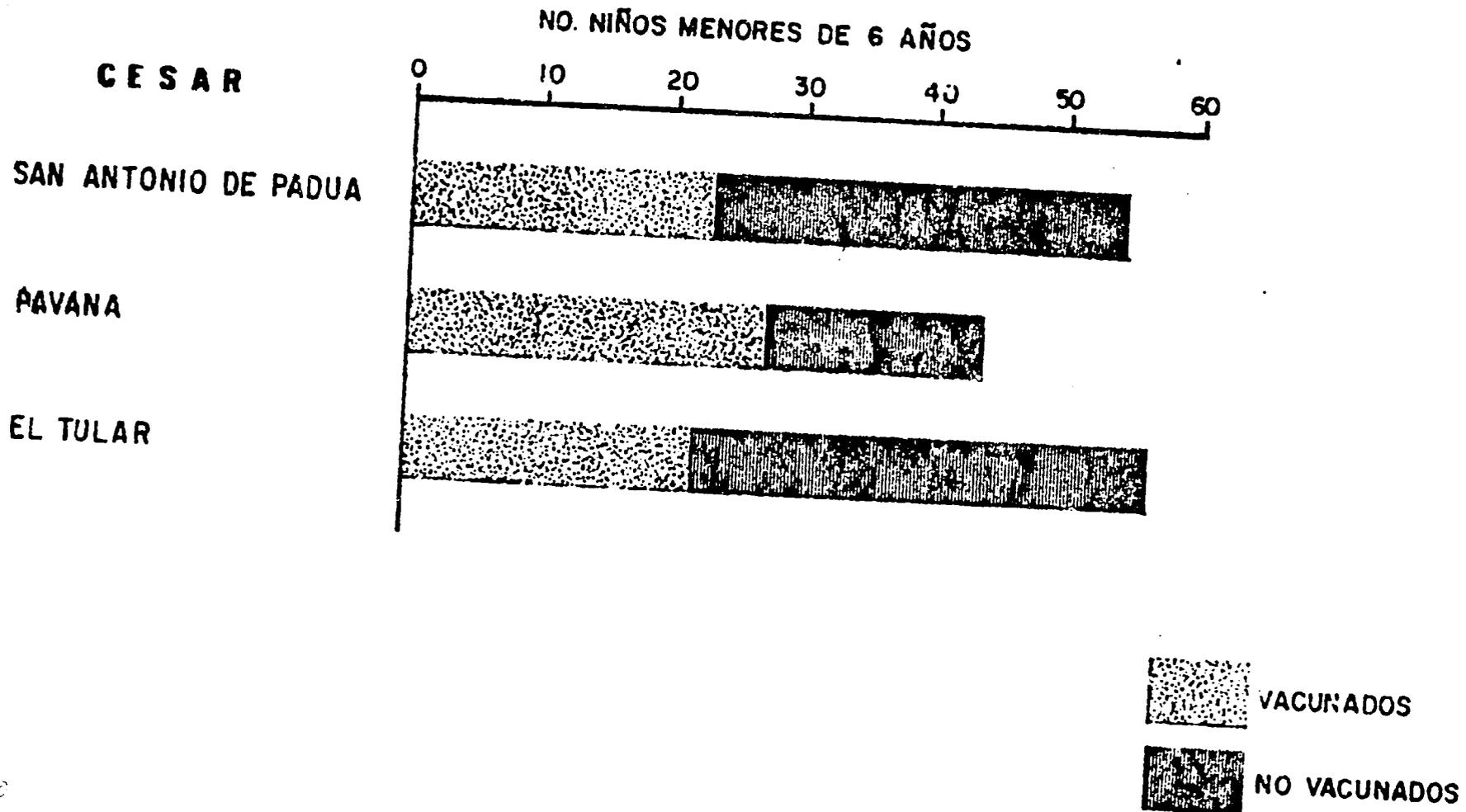
ASISTIDOS POR VECINOS, CURANDEROS, O NADIE.

CUADRO N° II-44

Población infantil vacunada en la Primera Fase de la Campaña 1978, por grupos de edades, para cada uno de los CESAR y total

E D A D E S	SAN ANTONIO DE PADUA			P A V A N A			EL TULAR			T O T A L		
	N°niños	N°vac.	% vac.	N° niños	N°vac.	% vac.	N°niños	N°vac.	% vac.	N°niños	N°vac.	% vac.
Menores de 3 meses	5	-	0	2	-	0	3	-	0	8	-	0
3 meses a menores de 2 años	12	8	66.7	14	10	71.4	14	6	42.9	40	24	60.0
De 2 a 6 años	40	15	37.5	28	17	60.7	40	12	30.0	108	44	40.7
T O T A L	55	23	41.8	44	27	61.4	57	18	31.6	156	68	43.6

PROPORCION DE NIÑOS VACUNADOS MENORES DE 6 AÑOS EN LA PRIMERA FASE DE VACUNACION DE LA CAMPAÑA DEL AÑO 1978 PARA CADA UNO DE LOS CESAR.



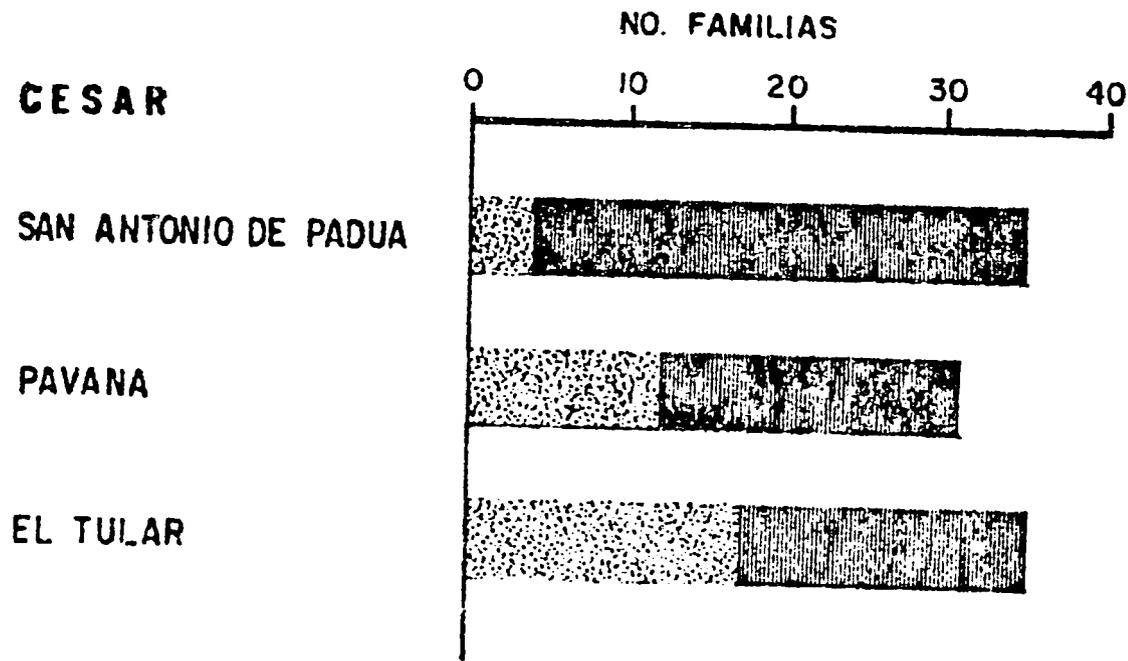
CUADRO N° II-45

Familias según cómo se proveen de agua, para cada uno de los CESAR
y total

COMO SE PROVEEN DE AGUA	N° DE FAMILIAS			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
- De llave	3	8	-	11
- Pozo con bomba	-	4	10	14
- Pozo con ademe	1	-	7	8
- Pozo sin ademe	1	1	-	2
- De río, quebrada	22	10	18	50
- Vertiente natural	7	6	-	13
- Pozo con bomba y río o quebrada.	-	1	-	1
- Otro (pila)	1	1	-	2
T O T A L	35	31	35	101

171

FAMILIAS SEGUN COMO SE PROVEEN DE AGUA, PARA CADA UNO DE LOS CESAR.



 ABASTECIDOS DE AGUA DE LLAVE O POZOS (bomba o ademe)

 ABASTECIDOS CON AGUA DE RIO, QUEBRADAS, ETC.

172

CUADRO N° II-46

Familias que tienen pozo con bomba o ademe o agua de llave y quiénes aconsejaron su construcción para cada uno de los CESAR y total.

DISPONIBILIDAD DE POZOS O LLA- VE Y QUIENES ACONSEJARON SU - CONSTRUCCION	N° DE FAMILIAS			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
- No tienen pozo con bomba o ademe o llave.	31	18	18	67
- Si tienen pozo o agua de lla ve.	4	13	17	34
Aconsejó:				
- Promotor de Salud	-	5	5	10
- S A N A A	-	3	-	3
- Promotor de Salud y otros	-	-	2	2
- Representante de Salud	1	-	-	1
- Auxiliar de Enfermería	-	1	-	1
- Guardián y Representante de Salud.	-	-	1	1
- Otros	2	1	5	8
- No sabe o no recuerda	1	3	4	8
T O T A L....	35	31	35	101

CUADRO N° II-47

Familias que tienen pozo con bomba o ademe o agua de llave según quienes participaron en su construcción, para cada uno de los CESAR y total

DISPONIBILIDAD DE POZOS O LLAVE Y QUIENES PARTICIPARON EN SU CONSTRUCCION	N° DE FAMILIAS			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
- No tienen pozo con bomba o ademe o llave.	31	18	18	67
- Si tienen pozo o agua de llave.	4	13	17	34
Lo construyó la familia sola con algunos vecinos.	-	1	7	8
- Varios miembros de la comunidad (no vecinos)	1	4	7	12
Otro	3	8	3	14
T O T A L	35	31	35	101

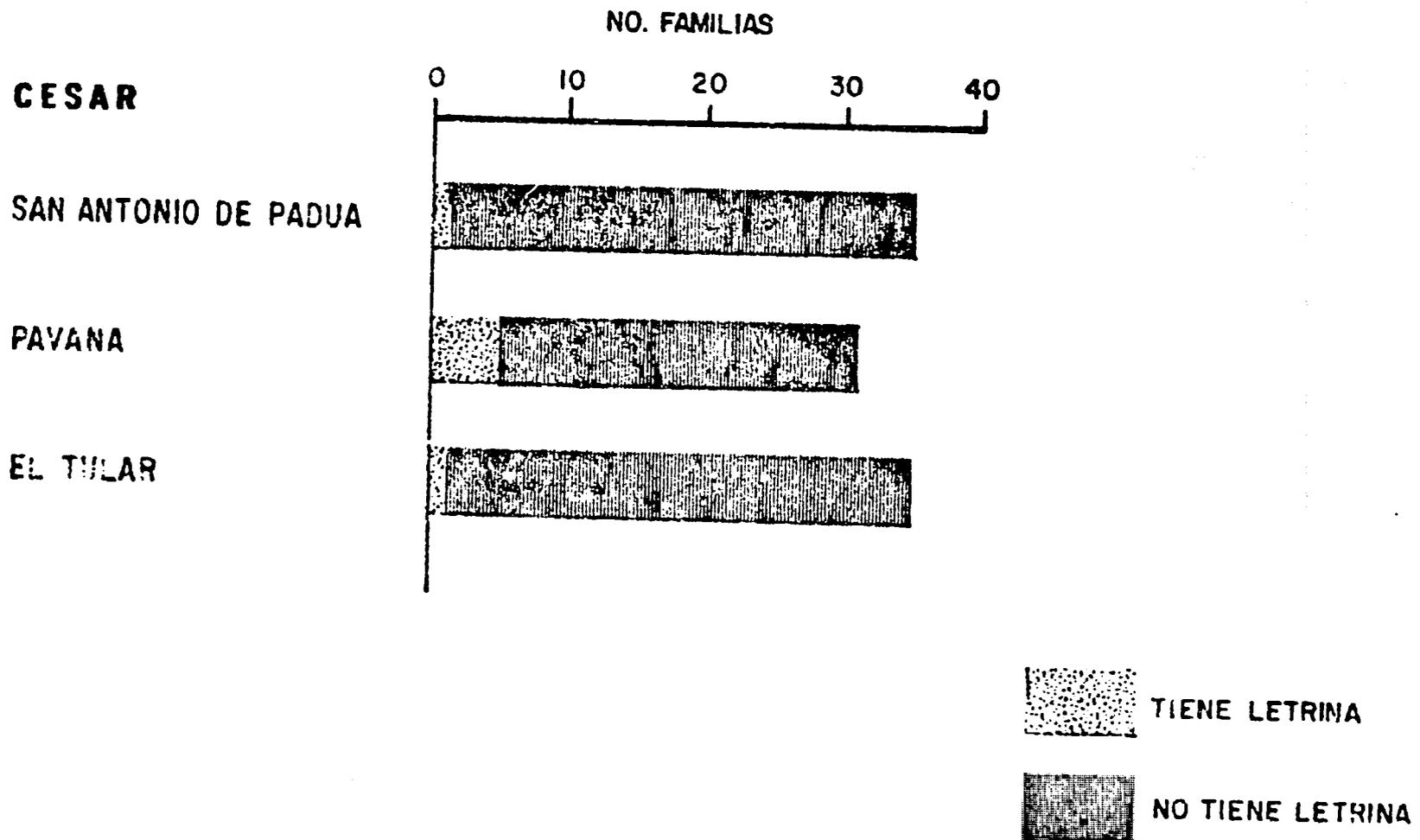
CUADRO N° II-48

Familias que tienen letrina según quienes aconsejaron su construcción, para cada uno de los CESAR y total.

DISPONIBILIDAD DE LETRINA Y QUIENES ACONSEJARON SU CONSTRUCCION	N° DE FAMILIAS			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
- No tienen letrina	34	26	34	94
- Si tienen letrina:	1	5	1	7
.Aconsejó el Prom.de Salud	1	3	-	4
.Aconsejaron otras personas	-	2	-	2
. No recuerda	-	-	1	1
T O T A L	35	31	35	101

179

FAMILIAS QUE TIENEN LETRINA, PARA CADA UNO DE LOS CESAR.



173

CUADRO N° II-49

Familias que tienen letrina según quiénes participaron en su construcción para cada uno de los CESAR y total.

DISPONIBILIDAD DE LETRINA Y QUIENES PARTICIPARON EN SU CONSTRUCCION	N° DE FAMILIAS			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
No tienen letrina	34	26	34	94
Si tienen letrina	1	5	1	7
. Lo construyó la familia sola	-	3	-	3
. La familia y algunos de sus vecinos.	1	-	-	1
. Varios miembros de la comunidad (no vecinos)	-	2	-	2
. Otros	-	-	1	1
T O T A L...	35	31	35	101

176

CUADRO N° II-50

Familias según si participan o no en huertos comunales y quienes aconsejaron esa participación, para cada uno de los CESAR y total.

PARTICIPACION EN HUERTOS COMUNALES Y QUIENES LE ACONSEJARON.	N° DE FAMILIAS			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
- No participa	35	19	35	89
- Si participa	-	12	-	12
. Estudiantes Escuela CERAR-SUR	-	5	-	5
. Auxiliar de Enfermería	-	1	-	1
. Representante de Salud	-	1	-	1
. Representante de Salud y Auxiliar de Enfermería	-	1	-	1
. Promotor de Salud y Auxiliar de Enfermería	-	1	-	1
. Auxiliar de Enfermería y Estudiantes CERAR-SUR	-	1	-	1
. Representante, Guardián y Auxiliar de Enfermería	-	1	-	1
. Club Amas de casa	-	1	-	1
T O T A L...	35	31	35	101

CUADRO N° II-51

Familias según el número de organizaciones comunitarias que identifican, para cada uno de los CESAR y total.

Número de Organizaciones que conocen	NUMERO DE FAMILIAS			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
Ninguna	26	6	16	48
Una	9	11	18	38
Dos	-	9	1	10
Tres	-	5	-	5
T O T A L...	35	31	35	101

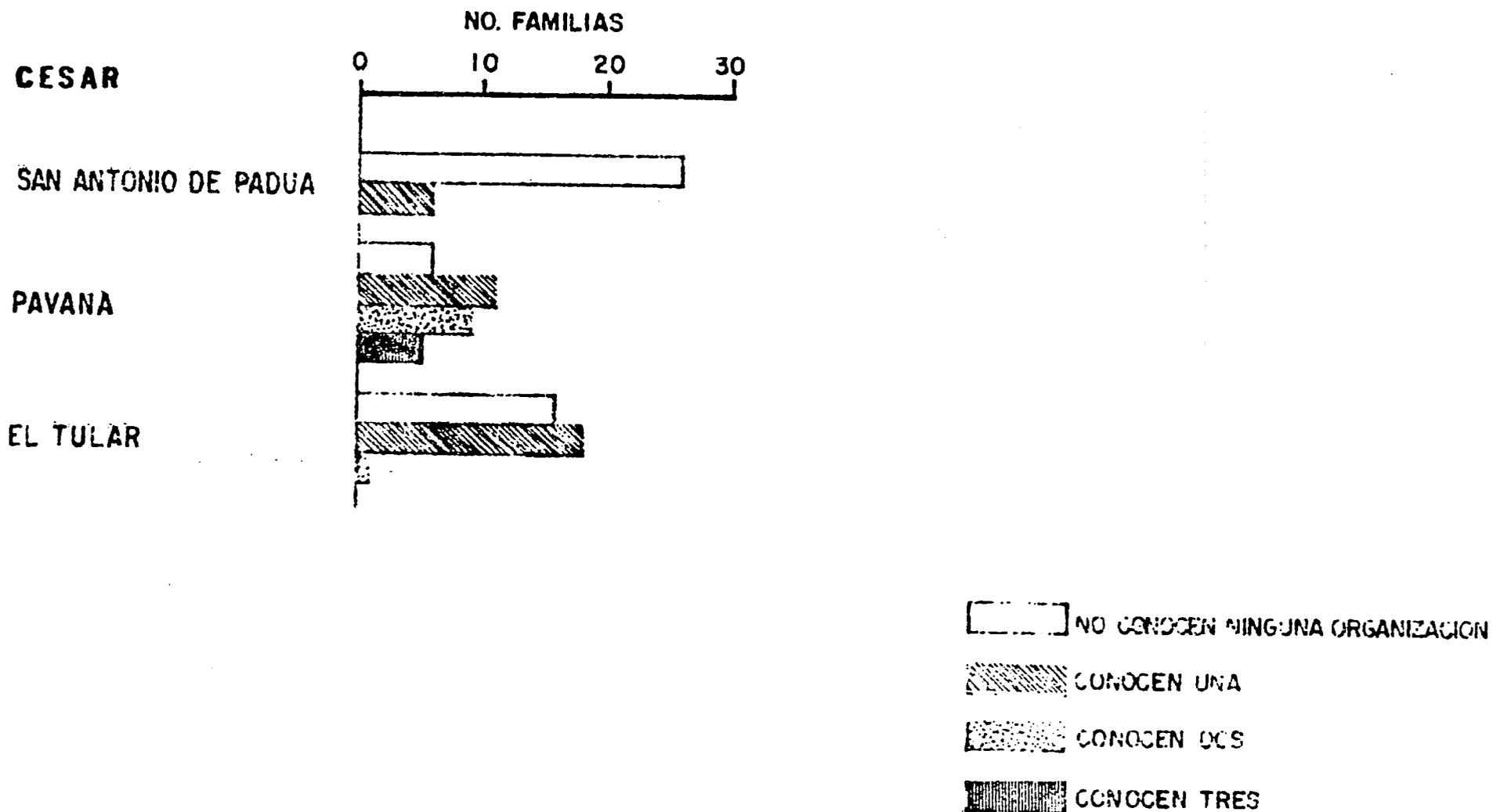
CUADRO N° II-52

Tipo de organizaciones comunitarias que identifican las familias, para cada uno de los CESAR y total

ORGANIZACIONES	N° DE ORGANIZACIONES IDENTIFICADAS			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
Club amas de casa	1	19	13	33
Grupos campesinos	-	14	7	21
Patronatos	1	10	-	11
Federación juvenil	5	-	-	5
Organizaciones religiosas	1	1	-	2
Sociedad Padres de Familia	1	-	-	1
T O T A L	9	44	20	73

178

FAMILIAS SEGUN EL NUMERO DE ORGANIZACIONES COMUNITARIAS QUE IDENTIFICAN, PARA CADA UNO DE LOS CESAR.



CUADRO N° II-53

Actividades que desarrollan el conjunto de organizaciones comunitarias, para cada uno de los CESAR y total.

ACTIVIDADES	N° DE ORGANIZACIONES IDENTIFICADAS			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
Agrícolas (siembra, huertos comunales, etc.) y ganaderas	1	13	7	21
Recaudan fondos de ayuda a la comunidad (bailes, rifas, etc)	-	7	3	10
Construcción de carreteras y de obras para mejoramiento de la comunidad	2	5	-	7
Sociales (alimentos por trabajo y a escolares, provisión de útiles escolares, etc)	2	4	-	6
Agrícolas y para recaudar fondos de ayuda a la comunidad.	-	4	1	5
Religiosas	1	2	-	3
De saneamiento del medio y mejoramiento de la vivienda.	-	4	2	6
Construcción de obras y recaudan fondos de ayuda a la comunidad.	1	1	1	3
Otra	1	1	1	3
No conoce sus actividades	1	3	5	9
T O T A L	9	44	20	73

140

CUADRO N° II-54

Familias que identificaron el Club de Amas de Casa según las actividades que éste desarrolla para cada uno de los CESAR y total

ACTIVIDADES	N° DE FAMILIAS			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
Recaudan fondos de ayuda a la comunidad (bailes, rifas, etc)	-	4	3	7
Agrícolas y recaudan fondos de ayuda a la comunidad.	-	4	1	5
Agrícolas (siembra, huertos comunales, etc) y ganaderas.	-	3	1	4
Sociales (alimentos por trabajo y a escolares, provisión de útiles escolares, etc).	-	3	-	3
De saneamiento del medio y mejoramiento de la vivienda.	-	1	2	3
Construcción de carreteras y de obras para mejoramiento de la vivienda.	-	1	-	1
Religiosas	-	1	-	1
Construcción de obras y recaudan fondos de ayuda a la comunidad.	-	-	1	1
Otras	1	1	-	2
No conoce sus actividades	-	1	5	6
T O T A L...	1	19	13	33

181

CUADRO N° II-55

Familias que identifican los grupos campesinos según las actividades que estos desarrollan para cada uno de los CESAR y total

ACTIVIDADES	N° DE FAMILIAS		
	Pavana	El Tular	TOTAL
Agrícolas (siembra, huertos comunales, etc) y ganaderas	10	6	16
Recaudan fondos de ayuda a la comunidad (bailes, reuniones, rifas, etc)	1	-	1
Sociales (alimentos por trabajo y a escolares, provisión de útiles escolares, etc)	1	-	1
Otras	-	1	1
No conoce sus actividades	2	-	2
T O T A L	14	7	21

CUADRO N° II-56

Formas de elección de los miembros del conjunto de organizaciones comunitarias para cada uno de los CESAR y total

FORMAS DE ELECCION	N° DE ORGANIZACIONES IDENTIFICADAS			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
No son elegidos por la com.	3	15	9	27
Los elige la comunidad	3	20	4	27
Otra forma	-	-	1	1
No sabe	3	9	6	18
T O T A L...	9	44	20	73

132

CUADRO N° II-57

Formas de elección de los miembros del Club de Amas de Casa, para cada uno de los CESAR y total

FORMAS DE ELECCION	NUMERO DE FAMILIAS			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
Los elige la comunidad	1	9	4	14
No son elegidos por la com.	-	7	4	11
Otra forma	-	-	1	1
No sabe	-	3	4	7
T O T A L...	1	19	13	33

CUADRO N° II-58

Formas de elección de los grupos campesinos para cada uno de los CESAR y total

FORMAS DE ELECCION	NUMERO DE FAMILIAS		
	Pavana	El Tular	TOTAL
No son elegidos por la comunidad	6	5	11
Los elige la comunidad	4	-	4
No sabe	4	2	6
T O T A L...	14	7	21

182

CUADRO N° II-59

Conocimiento de los miembros de las organizaciones comunitarias y medios por los cuales se dan a conocer para cada una de las CESAR y total

CONOCIMIENTO DE LOS MIEMBROS Y MEDIOS	N° DE ORGANIZACIONES IDENTIFICADAS			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
-Hacen reuniones con la com.	8	21	8	37
-Le hacen visitas	-	4	1	5
-Hacen visitas y reuniones	-	2	-	2
-Otras formas	-	8	6	14
-No recuerda	1	2	-	3
-No los conocen	-	7	5	12
T O T A L...	9	44	20	73

CUADRO N° II-60

Familias que identificaron el Club Amas de Casa según si conocen o no a sus miembros y medios por los cuales se dan a conocer.

CONOCIMIENTO DE LOS MIEMBROS Y MEDIOS	N° DE FAMILIAS			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
Hacen reuniones con la comunidad.	1	11	5	17
Hacen visitas y reuniones con la comunidad	-	1	-	1
Otras formas	-	4	4	8
No los conocen	-	3	4	7
T O T A L...	1	19	13	33

154

CUADRO N° II-61

Familias que identifican a los grupos campesinos según si conocen o no sus miembros y medios por los cuales se dan a conocer, para cada uno de los CESAR y total

CONOCIMIENTO DE LOS MIEMBROS Y MEDIOS	N° DE FAMILIAS		
	Pavana	El Tular	TOTAL
- Hacen reuniones con la comunidad	5	3	8
- Le hacen visitas	3	1	4
- Otro	4	2	6
- No los conoce	1	1	2
- No recuerda	1	-	1
T O T A L	14	7	21

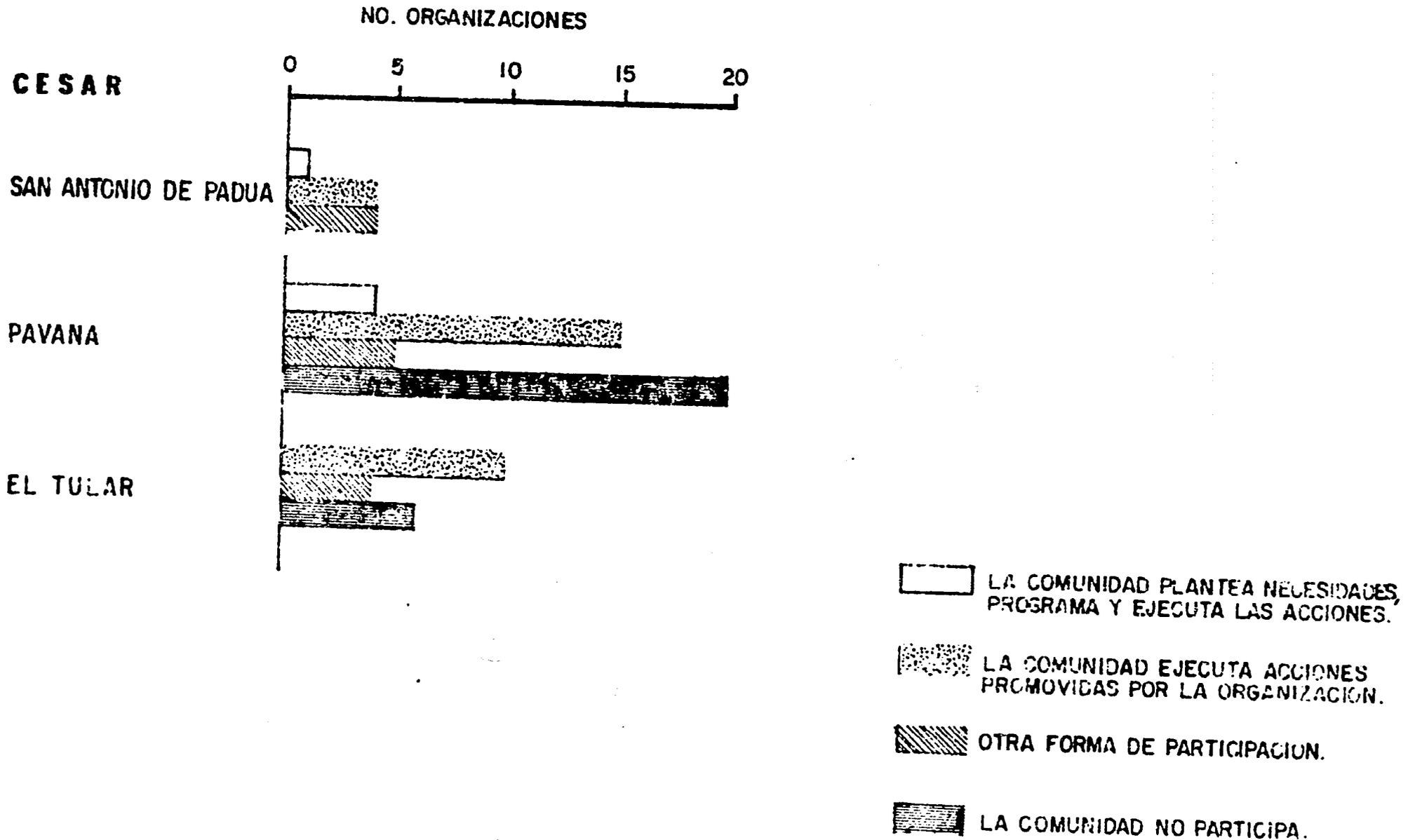
CUADRO N° II-62

Participación de la comunidad en las actividades que desarrollan las organizaciones comunitarias para cada uno de los C E S A R y total

PARTICIPACION COMUNITARIA	N° DE ORGANIZACIONES IDENTIFICADAS			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
Ejecuta acciones promovidas por la organización.	4	15	10	29
Plantea necesidades, programa y ejecuta las acciones.	1	4	-	5
Programa y ejecuta las acciones.	2	-	1	3
Otra participación (fundamentalmente contribuciones).	2	5	3	10
No participa	-	15	6	21
No sabe	-	5	-	5
T O T A L.....	9	44	20	73

182

PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN LAS ACTIVIDADES QUE DESARROLLAN LAS ORGANIZACIONES COMUNITARIAS PARA CADA UNO DE LOS CESAR.



12/9

CUADRO N° II-63

Participación de la comunidad en las actividades que desarrolla el Club de Anas de casa, para cada uno de los CESAR y total

PARTICIPACION COMUNITARIA	NUMERO DE FAMILIAS			
	San Ant. Padua	Pavana	El Tular	TOTAL
-Ejecuta acciones promovidas por la organización.	-	8	8	16
-Programa y ejecuta las acciones.	1	-	-	1
-Otra participación (fundamentalmente contribuciones)	-	2	2	4
-No participa	-	7	3	10
-No sabe	-	2	-	2
T O T A L...	1	19	13	33

CUADRO N° II-64

Participación de la comunidad en las actividades que desarrollan los grupos campesinos para cada uno de los CESAR y total

PARTICIPACION COMUNITARIA	NUMERO DE FAMILIAS		
	Pavana	El Tular	TOTAL
-Ejecuta las acciones promovidas por la organización.	1	2	3
-Plantea necesidades, programa y ejecuta las acciones	3	-	3
-Programa y ejecuta las acciones	-	1	1
-Otro	2	1	3
-No participa	5	3	8
-No sabe	3	-	3
T O T A L...	14	7	21

157

CUADRO N° II-65

Relaciones entre las organizaciones identificadas por las familias (solo para las familias que identificaron dos o mas organizaciones).

RELACIONES	N° DE RESPUESTAS
- Trabajan en forma independiente	10
- Se coordinan entre sí	3
- No sabe	2
T O T A L...	15

182

