

# Metodología con Base Censal Orientada al Impacto:

## *Una Guía de Recursos para Brindar Atención Primaria en Salud Efectiva y con Equidad*



Curamericas y  
El Grupo CORE

David Shanklin & Donna Sillan

*Abril 2005*

# Metodología con Base Censal Orientada al Impacto:

## *Una Guía de Recursos para Brindar Atención Primaria en Salud Efectiva y con Equidad*



Curamericas y  
El Grupo CORE

David Shanklin & Donna Sillan

*Abril 2005*



## El Grupo CORE

*El Grupo Colaborativo de Recursos para la Supervivencia Infantil* (The CORE Group) es una asociación de la cual son miembros más de 35 Organizaciones Privadas de Desarrollo (OPD) de los Estados Unidos que trabajan juntas para promover y mejorar los programas de atención primaria en salud para mujeres, niños/as y las comunidades en que viven.

La misión del Grupo CORE es fortalecer la capacidad local a escala global para mejorar en forma commensurable la salud y bienestar de mujeres y niños/as en los países en desarrollo a través de la acción, colaboración y aprendizaje de las ONG. Sus miembros, vistos en forma colectiva, trabajan en más del 140 países dando apoyo a programas de salud y desarrollo. La elaboración de este documento fue parcialmente apoyada por el Grupo Colaborativo de Recursos para la Supervivencia Infantil (CORE) con fondos del Acuerdo Cooperativo FAO-A-00-98-00030 USAID. Esta publicación no necesariamente representa los puntos de vista u opiniones de CORE o USAID. Cualquier parte de esta publicación puede ser reproducida siempre y cuando se le de crédito a los autores y a Curamericas.



## Cita Bibliográfica Recomendada

Shanklin, David S., and Sillan, D. *The Census-Based, Impact-Oriented Methodology: A Resource Guide for Equitable and Effective Primary Health Care*. Curamericas, Raleigh, North Carolina, Abril 2005.



## Resumen

La metodología con Base Censal Orientada al Impacto (BCOI) es un enfoque probado de atención primaria de salud en países en desarrollo que permite que los proveedores locales entiendan, den tratamiento efectivo y midan con precisión los resultados e impacto de las causas más comunes de sufrimiento innecesario, enfermedad y muerte que han encontrado en su comunidad. La metodología con BCOI asegura: 1) que los escasos recursos y servicios sean canalizados hacia las causas más comunes de las enfermedades y muertes prevenibles; 2) que se brinde acceso y utilización con equidad y llegue a las poblaciones más necesitadas de las comunidades seleccionadas; y 3) que el resultado e impacto (incluyendo los cambios en la mortalidad) sean medidos con precisión.

Este manual de referencia es lo suficientemente detallado como para que permita la implementación exitosa de un programa de metodología con BCOI. Si el lector no se siente seguro de como hacerlo en un contexto dado, en los capítulos uno, dos y tres, los autores presentan información que les ayudará a decidir si esta es la estrategia apropiada en su situación específica. Si lo es, los capítulos del cuatro al nueve le guiarán a través del proceso completo. También se proporciona una extensa bibliografía para las personas que deseen saber más sobre la metodología con BCOI y al final del manual se incluyen los formularios que se utilizan con más frecuencia para que puedan revisarlos y utilizarlos.

# AGRADECIMIENTOS



4

AGRADECIMIENTOS

*El enfoque de la metodología con BCOI es un modelo de atención primaria en salud de base comunitaria que permite al personal local de salud entender y tratar con mayor efectividad las causas más comunes de enfermedad y muerte en sus comunidades.*

Curamericas ha desarrollado un modelo de prestación de servicios de salud que está salvando vidas infantiles y mejorando el bienestar de las familias y comunidades de Bolivia, Guatemala, Haití y México. Este enfoque de atención primaria en salud se llama Metodología con Base Censal Orientada al Impacto. Curamericas ha utilizado este enfoque por más de 20 años y quiere compartir este modelo con la comunidad que trabaja en supervivencia infantil y en atención primaria. El enfoque de la metodología con BCOI es un modelo de atención primaria en salud de base comunitaria que permite al personal local de salud entender y tratar con mayor efectividad las causas más comunes de enfermedad y muerte en sus comunidades. Por su enfoque único en la medición de la salud comunitaria la metodología con BCOI brinda una base para medir con precisión el resultado e impacto de los servicios de salud, incluyendo la disminución de la mortalidad. Los autores esperan que los líderes, directores, gerentes y personal de los programas de salud encuentren este manual útil y motivador en el logro de la promoción de la meta global que es brindar servicios de salud con equidad.

El disco compacto (CD) acompañado a este manual incluye dos archivos interactivos adicionales: un compendio de formularios de colección de data típicos y un conjunto de materiales de entrenamiento preparado por Donna Sillan.

Curamericas quiere dar reconocimiento a las ONG asociadas, sin las cuales este manual de referencia no sería posible. Ellas son:

- En Bolivia, *Consejo de Salud Rural Andino* (CSRA)
- En Guatemala, *Curamericas – Guatemala*
- En Haití, *The Foundation of Compassionate American Samaritans* (FOCAS), y sus dos socios locales, *Mission Evangelique Internationale* (MEI) y *Oeuvres de Bienfaisance et Developpement Communautaire* (OBDC)
- En México, *Asociación Internacional de Salud Pública AC* (AISPAC)

Los autores dan las gracias a **Nat Robison** (Consejo de Salud Rural Andino) por permitirnos revisar y extraer información de una guía de la metodología con BCOI desarrollada por el equipo de Bolivia. También damos las gracias por la traducción de dicha guía del español al inglés a **Rachel Brooker**. También agradecemos en forma especial a **Jay Nelson-Weaver** por su contribución para este texto y a **Tom Davis** (de Curamericas y Food for the Hungry) que nos proporcionó retroalimentación, materiales y apoyo a lo largo de todo el proceso de preparación de este manual.



Muchas personas le dieron apoyo a Donna durante sus visitas a los sitios en que habían programas con BCOI y la guiaron en forma valiosa, ellas son **Micheline Baguidy** (FOCAS Haití), **Judy Gillens** (FOCAS), **Bette Gebrian** (Haitian Salud Foundation), **Nat Robison** (CSRA), **Ramiro Llanqué** y **Dardo Chavez** (CSRA).

Durante la elaboración del texto de Jay, ella conversó con muchas personas para recolectar información. Jay le da las gracias por su ayuda a **Melanie Morrow** (World Relief), **Eric Swedberg** (Save the Niños/as), **Mary DeCoster** (Curamericas), **Judy Gillens** (FOCAS), y **Tom Davis** (Curamericas y Food for the Hungry), entre muchos otros. Apreciamos sus citas y las incluimos al final de esta versión final.

Agradecemos a **Henry Perry** (Future Generations) y **Warren y Gretchen Berggren** (Save the Children, World Relief), quienes trabajando con **John Wyon** crearon en gran parte la estrategia que ahora llamamos la metodología con BCOI. Le rendimos tributo a sus constantes contribuciones a la metodología así como también a los servicios de atención primaria en salud con base en la comunidad. Apreciamos enormemente las revisiones preliminares del material que efectuó Henry las cuales dieron como resultado la elaboración de este manual.

La publicación de este manual de referencia no hubiera sido posible sin el apoyo financiero del Child Survival Collaborations and Resource (CORE) Group (Grupo de Colaboración y Recursos para la Supervivencia Infantil). Damos las gracias a **Karen LeBan** y **Lynette Walker** por animarnos y apoyarnos durante todo el proceso. Por último queremos dar las gracias a **Teresa Wolf**, Directora ejecutiva de Curamericas, quien nos ayudó a mantenernos concentrados y encontró soluciones para los muchos molestos problemas que tuvimos en el camino.

Las ilustraciones de este documento fueron creadas por **Regina Doyle**.

La traducción al Español fue elaborada por **Maria (Chepita) Joya** y editada por **Gladys Soruco Shanklin**.

Los autores dan a conocer que el contenido de este manual esta basado en muchas contribuciones que a través de los años nos brindaron las personas arriba mencionadas y muchas otras personas que involuntariamente no hemos mencionado y a quienes no hemos agradecido aquí. Cualquier error u omisión que encuentren en este documento es responsabilidad única de los autores y no de Curamericas o CORE.

# INDICE



6

Indice

## CAPITULO I:

<b>Resumen de la Metodología con BCOI.....</b>	<b>10</b>
Como Utilizar Este Manual.....	10
¿Qué Es la Metodología con Base Censal Orientada al Impacto (BCOI)?.....	10
Ventajas del Enfoque con BCOI.....	12
¿Por qué Es Importante la Equidad en la Atención de Salud?.....	13
Cinco Pasos Claves del Enfoque con BCOI.....	14
Tres Juegos de Herramientas Para la Medición:.....	15
Censo y evaluación de la línea de base	
Sistema de vigilancia de los servicios de salud y del estado de salud	
Eventos vitales y autopsias verbales	
Tres Estrategias de Cobertura:.....	17
Visitas Domiciliares	
Reuniones de Grupo	
Grupos de Autocuidado	

## CAPITULO II:

<b>Evidencia que Refuerza al Enfoque con BCOI.....</b>	<b>20</b>
Mortalidad.....	20
Otros Indicadores de Salud.....	22

## CAPITULO III:

<b>Decida si la Metodología con BCOI es Adecuada Para Usted.....</b>	<b>24</b>
Condiciones Generales.....	24
Compromiso Comunitario.....	25
Compromiso de la Institución de Salud.....	26
Potencial para la Extensión y Sostenibilidad.....	26
Sostenibilidad.....	28
Apoyo Comunitario.....	28
Apoyo Nacional del Ministerio de Salud (MS).....	29
Apoyo de la Agencia Patrocinadora.....	30
Retos y Peligros.....	31

**CAPITULO IV:**

<b>Establezca una Relación entre la Comunidad y el Programa.....</b>	<b>32</b>
Identifique y Contacte a las Personas y Organizaciones Claves.....	33
Desarrolle Compromiso Comunitario hacia el Enfoque con BCOI.....	35
Formalice Responsabilidades a través de Acuerdos Escritos.....	37
Forme un Cuerpo de Voluntarios de Salud Local.....	37

**CAPITULO V:**

<b>Cómo Comenzar.....</b>	<b>40</b>
Lleve a Cabo el Censo.....	40
Planifique las actividades de recolección de información	
Capacite a los recolectores de información y a los supervisores	
Elabore un mapa de la comunidad	
Recoja la información del censo y abra carpetas de familias	
Tabule los resultados	
Lleve a Cabo una Línea Base de los Conocimientos, Prácticas y Cobertura de la Comunidad.....	48
Pregunte a la Comunidad Sus Opiniones y Preferencias.....	50

**CAPITULO VI:**

<b>Armando las Piezas.....</b>	<b>52</b>
¿Cuáles Son las Enfermedades Más Frecuentes, Más Graves, Prevenibles o Tratables?.....	52
Proporcione a las Comunidades Retroalimentación Sobre la Línea Base y Solicite Sus Comentario.....	54
¿Qué Intervenciones Son Necesarias y Asequibles?.....	55
Presentación de Resultados Cuantitativos.....	58

**CAPITULO VII:**

<b>Contacto con los Clientes.....</b>	<b>62</b>
Visitas Domiciliarias.....	62
Reuniones de Grupo.....	64
Grupos de Autocuidado.....	66
Sugerencias Útiles para las Visitas Domiciliarias.....	69
La Canasta de Dar y Recibir.....	70
Lo que “si y no” Debe Hacer en la Comunicación durante la Visita Domiciliaria.....	73

**CAPITULO VIII:**

<b>Manejo, Medición y Análisis de la Información.....</b>	<b>74</b>
Manejo de la Información.....	74
Flujo de la información	
Formularios para el censo	
Registros	
Eventos vitales	
Autopsias verbales	
Comparta la información	
Medición de Datos.....	86
Cobertura estimada	
Contacto con grupos de alto riesgo	
Crear índices de salud	
Mida las tasas de mortalidad	
Los siete filtros	
Análisis de la Información.....	97
Evaluación de la mortalidad	
Como atribuir el impacto de la mortalidad a su programa de salud	
Evalúe y planifique anualmente	

**CAPITULO IX:**

<b>Asegurar la Calidad.....</b>	<b>104</b>
Gerencia.....	104
Requisitos del personal	
Estimación de recursos humanos necesarios	
Programación de actividades	
Supervisión.....	114
Estrategias para Asegurar la Calidad.....	116
Listas de chequeo de supervisión	
Listas de chequeo de comportamientos	
Integración de comunicación para el cambio de comportamiento (CCC)	
Cómo utilizar la computadora para mejorar la calidad y la eficiencia.....	127
<b>Bibliografía y Referencias.....</b>	<b>128</b>



## DEDICACION

*Este manual de referenciá esta dedicado al*

*Dr. John Wyon*

*Descansa en paz eterna, John, y confía en que tu gran trabajo continuará en la tierra con nosotros.*



# CAPITULO I

## Resumen de la Metodología con BCOI

10

Capítulo 1

*La metodología con BCOI asegura: que los recursos y servicios escasos se canalicen hacia las causas más comunes de enfermedades y muertes prevenibles; que el acceso y utilización de los servicios sea brindado con equidad y llegue a las poblaciones que más los necesitan de las comunidades seleccionadas y que el resultado e impacto (incluyendo los cambios en la mortalidad) sean medidos con precisión.*

### Como Utilizar Este Manual

La intención de este documento es que sirva como base para aquellos que estén interesados en aplicar un enfoque sistemático en la prestación de servicios de Atención Primaria en Salud (APS) con base en la comunidad dentro del contexto de los países en desarrollo. La metodología con Base Censal Orientada al Impacto (BCOI) asegura: 1) que los escasos recursos y servicios se canalicen hacia las causas más comunes de enfermedades y muertes prevenibles; 2) que el acceso y utilización de los servicios sea brindado con equidad y llegue a las poblaciones que más los necesitan de las comunidades seleccionadas y 3) que el resultado e impacto (incluyendo los cambios en la mortalidad) sean medidos con precisión. Es inevitable encontrar en estos contextos que las mujeres en edad reproductiva y los niños/as menores de cinco años tengan un alto riesgo de enfermedad y muerte y por lo tanto los proveedores de servicios de salud en Supervivencia Infantil (SI) también se beneficiarán con esta metodología.

En este manual encontrará información suficiente para implementar con éxito un programa con BCOI en el área de su programa de salud. Si no está seguro de que este enfoque sea el adecuado para su población meta, más abajo y en los siguientes dos capítulos se proporcionará más información para ayudarle a decidir si esta estrategia es la adecuada para su programa. Si lo es, los capítulos del cuatro al nueve le guiarán a lo largo del proceso de principio a fin. (¡En realidad nunca termina!) Se ofrece una lista bibliográfica que proveerá amplios recursos a aquellos que quieran aprender más sobre la metodología con BCOI, también se incluyen los formularios más utilizados para ser revisados, adaptados y utilizados.

### ¿Qué es la Metodología con Base Censal Orientada al Impacto (BCOI)?

Históricamente, la metodología con Base Censal Orientada al Impacto (BCOI) proviene de una tradición de estudios de campo prospectivos longitudinales sobre mortalidad, fertilidad y migración en comunidades relativamente pequeñas y bien definidas, los estudios comenzaron en 1950 bajo el liderazgo del Dr. John Gordon, entonces profesor de Epidemiología en la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Harvard. Este enfoque ha dado origen a algunos estudios clásicos

liderados por profesionales que ahora son ampliamente conocidos en el campo de la salud pública internacional:

- **El Dr. John Wyon**, quien dirigió los estudios de Khanna en la India (Wyon y Gordon, 1971)
- **El Dr. Carl Taylor**, quien dirigió los estudios de Narangwal en la India (Kielmann, et al, 1983; Taylor, 1973)
- **Los Drs. Barren y Gretchen Berggren** quienes dirigieron estudios con base en la comunidad en Haití a través del Hospital Albert Schweitzer (Berggren, Ewbank, y Berggren, 1981)
- **El Dr. Henry Perry** quien se encargó de la planificación para la salud rural en Bolivia (Perry, et al 1998)

La metodología con BCOI es un abordaje a los servicios de salud que permite a los proveedores locales entender mejor, tratar más efectivamente y medir con mayor precisión los resultados y el impacto de las causas más comunes de sufrimiento innecesario, enfermedad y muerte que se han encontrado en las comunidades. ¿Qué queremos decir con “*entender mejor*”? La propuesta más frecuente de los servicios de APS ha sido tradicionalmente montar unidades de servicios de salud en algún lugar/es dado/s, con la convicción de que los protocolos clínicos y de tratamiento bien elaborados serán aplicables a todos aquellos que accedan a las unidades de servicio. Esto puede ser cierto parte del tiempo, pero desafortunadamente, hemos encontrado diversas causas de enfermedad y muerte y estas varían considerablemente de país a país, de departamento a departamento y hasta de comunidad a comunidad. Por lo tanto, es necesario conocer los patrones únicos de las enfermedades y muertes locales, y sus causas subyacentes, para hacer un diagnóstico completo y dar un tratamiento efectivo que sea congruente con el enfoque con BCOI.

*... es necesario conocer los patrones únicos de las enfermedades y muertes locales, y sus causas subyacentes, para hacer un diagnóstico completo y dar un tratamiento efectivo que sea congruente con el enfoque BCOI.*

Cuando decimos “*tratar en forma más efectiva*”, lo que queremos decir es que la mayoría de los proveedores de salud asumen que el público buscará los servicios de salud cuando los necesite. Hemos encontrado que esta presunción no está bien fundada. Por supuesto cuando uno tiene un accidente físico, como por ejemplo una quebradura de hueso o un diente infectado, los síntomas son tan obvios (¡y dolorosos!) que se buscará ayuda inmediatamente. Sin embargo, las familias no tienen idea de las muchas señales y síntomas que tienen sus enfermedades y pospondrán el tratamiento “a ver si se mejoran por sí mismos”. Es más, muchas familias que saben que tienen un problema de salud y creen que no tienen derecho a, o piensan que no pueden pagar por, el servicio de salud local. O puede que no confíen que esos servicios de salud sean competentes para tratar sus problemas, o temen que el personal de salud los trate en forma grosera. El enfoque con BCOI intenta superar en forma sistemática estas estas barreras que impiden un tratamiento efectivo a través de: el conocimiento sobre las causas locales de la enfermedad y muerte; diseño de estrategias que ataquen directamente a esas causas; y búsqueda activa de familias de “alto riesgo”, brindando educación en salud con mensajes y

tratamientos apropiados y dirigidos hacia las poblaciones pertinentes. En última instancia esto da como resultado una población informada sobre el servicio quienes buscaran activamente la atención en salud cuando así lo necesite.

Cuando decimos “*medir con precisión resultados e impacto*” queremos decir que el enfoque con BCOI nos permite medir con mayor exactitud los resultados del programa que cualquier otra estrategia. ¿Por qué? El desarrollar y mantener un censo de la población seleccionada a la que brindaremos servicios, nos permite tener la base, un “denominador” matemático, contra el cual se compararán los servicios brindados y sus resultados. Por ejemplo, sabremos exactamente cuantas mujeres en edad reproductiva (MER; por lo general entre 15 – 49 años de edad) hay en nuestra población, sabremos que clase de servicios han recibido y podremos estimar con exactitud la cobertura de servicios recibidos y además compararla con los comportamientos resultantes que nos sean de interés (a través de información proveniente de los servicios o mediante encuestas domiciliarias periódicas). Este es un enfoque mas preciso que por ejemplo: depender de los datos del uso de los servicios clínicos y la información desagregada del censo nacional para generar coberturas aproximadas. Es mejor porque la información de los servicios clínicos mide únicamente a las mujeres motivadas a, y en capacidad de, buscar los servicios clínicos, y pasan por alto a las otras mujeres que por cualquier razón no recibieron servicios, y porque tales resultados, provenientes de la información de la unidad de servicios están basados (seguramente) en las proyecciones de censos desactualizados o no muy exactos, estos cálculos pueden resultar en informes de cobertura endémicamente sobrevaluados o sub-valorados.

La situación en una unidad de APS puede ser aun peor cuando se trata de indicadores tales como coberturas de inmunización, las cuales con frecuencia se miden por conteo de dosis distribuidas (se hayan o no recibido) o por el conteo de niños/as que han recibido la dosis (se den o no a tiempo las inmunizaciones, o si los niños/as necesitan verdaderamente esa inmunización) y esta medición, de nuevo, se divide entre una proyección poco confiable de la población infantil. Por supuesto, las encuestas podrían utilizarse para estimar con mayor exactitud la proporción de niños/as que recibieron sus inmunizaciones de forma correcta (si el carné de vacunas es utilizado localmente con constancia), pero entonces la información no sería útil para los programas locales que están dirigidos a aquellos que no han recibido su inmunización o que ya están en edad de comenzar.

## Ventajas del Enfoque con BCOI

Ya hemos mencionado algunas de las razones más importantes para considerar el enfoque con BCOI en la prestación de servicios de APS. Una lista de razones más completa incluirá las siguientes:

- Los escasos recursos están dirigidos con precisión a las causas locales de enfermedad y muerte identificadas a través de la evaluación de las

necesidades locales de salud y el uso de la información proveniente de los censos.

- Se llegará a más personas en forma oportuna con educación y tratamiento adecuado a través de actividades pro-activas de extensión y comunicación, basadas en la información de los censos y la utilización de los mapas comunitarios.
- Es frecuente que los proveedores de la metodología con BCOI desarrollen una cercana relación de trabajo con las familias “de alto riesgo” ya que las ven con frecuencia, lo cual resulta en una mayor confianza en el programa de salud y una mayor aceptación de los mensajes de salud.
- Se busca a las personas que tradicionalmente no utilizan los servicios de salud (que por lo general son los que se enferman con más frecuencia) para dar acceso a los servicios de salud y tratamiento equitativo y crear más impacto.
- Los resultados mensurables en las áreas donde se ha utilizado el enfoque con BCOI son con frecuencia más precisos que muchos otros métodos, y por lo general muestran resultados sorprendentes que no se hubieran obtenido solamente a través de una unidad de servicios de APS.

## ¿Por qué es un Problema la Equidad en los Servicios de Salud?

La equidad en el acceso a los servicios de salud en realidad es un *enorme* problema, aunque con frecuencia es una preocupación que la salud pública pasa por alto. Estamos preocupados por la equidad, porque creemos que todas las personas en una sociedad deberían recibir servicios básicos de salud que les permitieran sobrevivir y prosperar, contribuyendo así al bienestar de sus familias, su comunidad y su país. Aún en pequeñas comunidades rurales que a un observador eventual le parecen homogéneas, encontramos personas y familias que tienen menos educación, menos acceso a recursos, arraigos sociales débiles, con un estado social más bajo y otros problemas. Estas familias simplemente no creen que tienen derecho a un buen servicio de salud y en muchos casos el mismo servicio de salud los desanima en forma pasiva o activa a hacer uso de estos servicios públicos. Es más, el personal de salud es el último en entender las muchas barreras reales o de percepción que tienen estas familias, tampoco salen de las unidades de salud a buscar esta información y *no saben lo que no ven*. Creemos que para que estas familias puedan prosperar en un contexto libre de prejuicios e inequidad, es la responsabilidad del sistema de salud vencer estos sesgos y barreras.

El enfoque de salud con BCOI se concentra en dar servicio a todos los miembros de las comunidades donde está el proyecto. “*El alcance es tremendo,*” dice Judy Gillens de FOCAS. Explica que, “*el aspecto más importante [del enfoque con BCOI] es que se puede abarcar a toda la gente de la comunidad; se puede alcanzar a los que están en los márgenes [del sistema de salud].*” Henry Perry, quien ayudó a fundar el enfoque con BCOI, afirma que se requiere de un “*profundo*



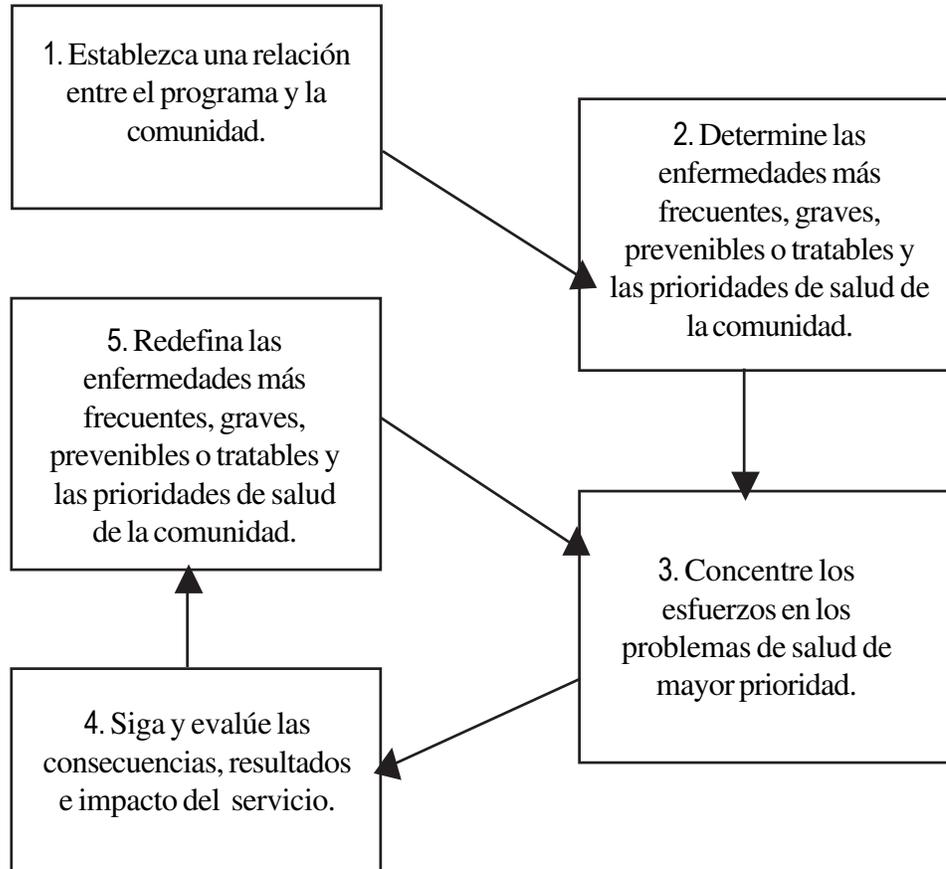
*Se busca a las personas que tradicionalmente no utilizan los servicios de salud (que por lo general son los que se enferman con más frecuencia en la comunidad) para dar acceso a los servicios de salud y tratamiento equitativo y crear más impacto.*

*compromiso filosófico de mejorar la salud de una población” para adoptar la metodología. Perry opina que las organizaciones que adopten BCOI deben prepararse para un compromiso de largo plazo y deben obligarse a sí mismas a mostrar avances.*

## Pasos Claves en el Enfoque con BCOI

El siguiente diagrama esquemático resume brevemente el enfoque con BCOI y nos referiremos a él a través de todo el manual:

*... personas y familias que tienen menos educación, menos acceso a recursos, arraigos sociales débiles, con un estado social más bajo y otros problemas...no creen que tienen el derecho a un buen servicio de salud y en muchos casos el mismo servicio de salud los desanima en forma pasiva o activa a hacer uso de estos servicios públicos.*



El enfoque con BCOI se implementa de la siguiente forma. Primero, la agencia de salud establece una relación con las comunidades que va a servir. (Esta agencia puede ser una organización no gubernamental, una unidad de servicios del gobierno, o una asociación de agencias.) Se identifican las necesidades de salud realizando; un censo de todos los hogares de la comunidad, con aportes de los habitantes, información secundaria, una encuesta estadísticamente representativa de Conocimientos, Prácticas y Cobertura (CPC) y/o alguna otra investigación formativa. Durante el proceso del censo se efectúa un estudio retrospectivo de mortalidad para tener un primer panorama de los niveles y patrones de mortalidad materno-infantil del área.

Después, los planificadores del programa concentran las intervenciones en los problemas de salud más importantes del área que se ha identificado en la evaluación inicial, así como también, los que se han visto que son prioritarios para la comunidad. El personal y voluntarios de salud ofrecen intervenciones específicas, seleccionadas a través de visitas domiciliarias, reuniones de grupo, grupos de auto cuidado, unidades locales y referencias. Se documenta la prestación de servicios y los resultados del programa se evalúan utilizando la información del censo y del programa. El impacto en la mortalidad se mide mediante el seguimiento de los eventos vitales y los indicadores de conocimientos, prácticas y cobertura que se monitorean a través de encuestas periódicas. También dentro de la metodología se incluye una retroalimentación sustancial que es de importancia crítica. La re-evaluación de los resultados del programa de salud y las prioridades de salud locales permite al personal modificar las intervenciones y encontrar las cambiantes necesidades de las comunidades a las que sirven. Todas estas actividades se llevan a cabo con la participación total de las comunidades, basadas en acuerdos escritos y durante de ejercicios estructurados con la participación de líderes comunitarios, miembros de la comunidad y voluntarios de salud.

## Tres Juegos de Herramientas para la Medición

El sistema con BCOI incluye tres juegos de herramientas para la recolección de información y su análisis, las cuales se utilizan para el monitoreo y evaluación de resultados e impacto en la salud, incluyendo la reducción de la mortalidad en el área del proyecto.

### 1. Censo y evaluación de línea base

El personal del programa realiza un censo de todos los hogares en el área del proyecto, antes o durante el período inicial. Se hace un conteo de todas las personas de la comunidad y se separan en segmentos por sexo/edad, en categorías tales como niños/as menores de cinco años y mujeres en edad reproductiva. Se preparan mapas detallados de la comunidad de manera que todas las familias con hijos menores de cinco años y mujeres en edad reproductiva se puedan identificar y visitar. Se numeran las casas tanto para facilitar la localización de las familias como para enlazar a los hogares con las carpetas de cada familia. El censo se actualiza una vez al año.

La información de línea base sobre las familias se recopila por medio de una revisión de los registros que lleva la unidad de salud local, a través de una encuesta de salud que sea representativa y realizando reuniones y entrevistas con miembros de la comunidad. Esta información de las familias incluirá aspectos sobre conocimientos, prácticas, uso de los servicios de salud y sus opiniones y recomendaciones referentes a los servicios de salud que desean. Al mismo tiempo que los encuestadores realizan la línea base, también registran las muertes reportadas durante los últimos doce meses de todos los niños/as en edad preescolar (menores de cinco años), así como también de las mujeres en edad reproductiva. Recogen información en torno al

*Todas estas actividades se llevan a cabo con la participación total de las comunidades, basadas en acuerdos escritos y durante de ejercicios estructurados con la participación de líderes comunitarios, miembros de la comunidad y voluntarios de salud.*

*Los registros de seguimiento de problemas específicos de salud son utilizados para, identificar con más facilidad, tratar con más éxito y dar manejo adecuado a múltiples casos individuales.*

sexo, edad del niños/as, edad de la mujer y las causas primordiales de las muertes. El objetivo de este estudio retrospectivo de mortalidad es comprender mejor *el patrón* local de las muertes. Las organizaciones que implementan programas han encontrado que este patrón de muertes puede variar mucho entre diferentes áreas de un mismo país. Este nivel de detalle en la recolección de información les permite a los planificadores de proyectos identificar los patrones de muertes materno-infantiles para el área de un proyecto específico y de acuerdo a esto determinar intervenciones adecuadas. Puede que un mismo programa tenga que iniciar actividades diferentes de promoción e intervención para poder dar respuesta a las variaciones regionales de la mortalidad.

## **2. Sistema de vigilancia de los servicios de salud y del estado de salud**

En el enfoque con BCOI, se da seguimiento a los servicios de salud utilizando las carpetas familiares. La carpeta familiar incluye información de todos los miembros de la familia y se mantiene en la clínica o el puesto de salud. Además, se puede llevar registros de los diferentes grupos por sexo/edad para monitorear y servir mejor a los clientes. Estos grupos incluyen: mujeres en edad reproductiva; mujeres embarazadas; infantes y niños/as en edad preescolar que estén dentro del área del proyecto. También se llevan registros de problemas de salud específicos, tales como desnutrición y tuberculosis. Por ejemplo la carpeta de una mujer puede ser utilizada para registrar información sobre el uso de planificación familiar, cuidados prenatales, dosis de toxoide tetánico (TT), temas de salud en los que ha recibido educación y cualquier otro servicio. Los registros de seguimiento de problemas específicos de salud son utilizados para; identificar con más facilidad, tratar con más éxito y dar manejo adecuado a múltiples casos individuales. Por ejemplo, un registro de desnutrición infantil podría incluir las fechas y mediciones de estatura de niños/as clasificados como desnutridos/as, las sesiones educativas de nutrición que se brindaron, alimentos suplementarios que se les dio, servicios clínicos que recibió para tratar enfermedades subyacentes que podrían haber provocado la falta de crecimiento y más adelante las fechas y resultados del monitoreo de crecimiento y fechas futuras de como se manejaran los casos.

## **3. Eventos vitales y autopsias verbales**

En un registro de eventos vitales se da seguimiento a nacimientos, muertes y migraciones que suceden dentro y fuera del proyecto. Estos eventos por lo general son registrados por los trabajadores comunitarios de salud (TCS) y están incluidos en sus informes mensuales.

El personal del proyecto (TCS o personal de supervisión) practica rutinariamente autopsias verbales de los niños/as en edad preescolar y de las mujeres que mueren durante el embarazo o el parto, o dentro de los 30 días después del parto. Durante

la recolección de información se registra información básica de la persona que murió, la(s) causa(s) probable/s de muerte y las circunstancias que llevaron al deceso (especialmente si hay retrasos en el servicio de salud que puedan estar ligados a esa muerte). El informe de las causas de la muerte es revisado y finalizado por un supervisor médico. Las autopsias verbales y las cifras agregadas de mortalidad son analizadas durante las reuniones para revisar la mortalidad cada tres, seis o doce meses.

Las reuniones para revisar la mortalidad son importantes no solo para recolectar información sobre las muertes en el área del proyecto; son una herramienta importante para un mejoramiento sostenido de la calidad (MSC). En estas reuniones los equipos de personal de múltiples niveles revisan y discuten las muertes que ocurrieron durante el período anterior. Los miembros del equipo examinan una amplia gama de información y tratan de identificar las causas prevenibles y los patrones que puedan existir. Después, el personal hace una lista de los datos conocidos sobre las muertes infantiles para poder reconocer barreras potenciales que puedan existir hacia servicio de salud. Esta revisión periódica permite a los planificadores de proyectos identificar en la comunidad retos emergentes de salud, así como también apuntar con precisión a los elementos que deben mejorarse dentro de sus propios programas. Una vez que se han identificado las causas prevenibles, los miembros del personal discuten las oportunidades de mejoramiento de sus protocolos e intervenciones que les permitirán prevenir muertes futuras.

## Tres Estrategias de Cobertura

El enfoque con BCOI emplea tres métodos básicos para llegar con la promoción de salud y otros servicios de atención primaria a la población meta. La combinación de métodos depende del contexto local de cada proyecto. Por ejemplo, en el contexto de los programas de Curamericas, han sido utilizados con éxito los grupos de cuidados en áreas de Guatemala y Haití, mientras que las vistas domiciliarias han funcionado bien en Bolivia. Cada proyecto de Curamericas utiliza una mezcla localmente apropiada de los siguientes métodos de cobertura: visitas domiciliarias en forma sistemática, reuniones de grupo y grupos de cuidado. La mezcla de patrones de contacto con mujeres y niños/as se determina utilizando la información obtenida en la investigación de línea base, tomando en cuenta cuando sucedió y las causas principales de las muertes en la población. (Por ejemplo, si el 50 por ciento de las muertes infantiles en un área del proyecto ocurre durante los primeros cuatro meses de vida y la mayoría se debe a la diarrea, se hará énfasis en las intervenciones para promover lactancia materna exclusiva, para reducir la incidencia de diarreas, el manejo apropiado domiciliar y la búsqueda oportuna de los servicios de salud serán objetivos fuertes durante los períodos prenatal y postnatal, en vez de hacerlo más tarde durante el primer año de la vida del infante.)



*Cuando los trabajadores de salud llegan en su bicicleta o caminando al área mes tras mes y año tras año, establecen una fuerte relación de confianza con cada familia. Esta relación facilita la aceptación de nuevos conceptos y comportamientos de salud dentro de comunidades, que de otra manera, podrían pasarlos por alto o rechazarlos.*

## 1. Visitas domiciliarias

La metodología con BCOI de Curamericas fue desarrollada originalmente con su ONG socia *Consejo de Salud Rural Andino (CSRA)* en Bolivia. El primer proyecto fue implementado en la región del Altiplano, las tierras altas rurales de Bolivia. Las aldeas de esta región son enormemente dispersas y los TCS caminan muchas horas al día para llegar a las madres y niños/as para brindarles servicios a quienes están dentro de su área de atención. Más tarde Curamericas introdujo con éxito las visitas domiciliarias en los programas con BCOI en Haití, Guatemala y México.

A través de las visitas domiciliarias los trabajadores de salud y los voluntarios tienen contacto directo con las familias a quienes sirven y tienen la oportunidad de identificar y dar respuesta en forma proactiva a muchos de los problemas de salud antes de que lleguen a una etapa de crisis. Cada trabajador de salud es asignado a una área (meta) claramente definida y es responsable por el monitoreo del estado de salud de todos los habitantes de esa área. El visitar los hogares de las personas le permite al programa de salud interactuar con aquellos individuos que de otra manera nunca llegarían al puesto de salud o a la clínica. Cuando los trabajadores de salud llegan en su bicicleta o caminando al área mes tras mes y año tras año, establecen una fuerte relación de confianza con cada familia. Esta relación facilita la aceptación de nuevos conceptos y comportamientos de salud dentro de comunidades que de otra manera podrían pasarlos por alto o rechazarlos. Intervenciones tales como la promoción de salud, el monitoreo del crecimiento, desparasitación y la suplementación con vitamina A son componentes estandarizados de las visitas domiciliarias. En otras áreas de programa, los TCS tratan con antibióticos la diarrea y la neumonía y dan inmunizaciones. El realizar otras actividades dependerá de la situación que los trabajadores de salud encuentren cuando lleguen a la casa que van a visitar. Todas las intervenciones y eventos vitales se reportan en la carpeta familiar.

## 2. Reuniones de grupo

En este enfoque se brinda educación en salud y algunos servicios seleccionados, en un sitio centralizado de la comunidad en un día dado, con el fin de llegar a una población específica. La práctica de realizar reuniones es más eficiente y costo-efectivo que solamente hacer visitas domiciliarias porque los trabajadores de salud pueden llegar a más clientes al mismo tiempo y reducir así los costos de trabajo que tienen las sesiones individuales durante las visitas domiciliarias. Las reuniones de grupo se programan de modo que coordinen con un evento de la comunidad, tal como los días de mercado, que ya de por sí atraerán muchos pobladores al centro de la aldea. Al final de la reunión los TCS revisaran sus carpetas y/o registros para determinar que mujeres y niños/as que debían ser atendidos no asistieron. Estas familias recibirán posteriormente seguimiento con visitas domiciliarias para asegurar una cobertura total y equitativa.

### 3. Grupos de autocuidado

En años recientes algunos de los proyectos con base censal comenzaron a usar grupos de cuidados para mejorar la intensidad, eficiencia y equidad de sus coberturas. La estrategia de los grupos de cuidado se desarrolló y se utilizó ampliamente por primera vez en Mozambique por World Relief. En la actualidad ha sido probada por World Relief, Food for the Hungry y Curamericas en múltiples contextos de países con resultados impresionantes (estos incluyen indicadores en cambios de comportamiento y en las tasas de mortalidad infantil). Este método se apoya en los agentes voluntarios quienes llevan mensajes de salud y algunos servicios preseleccionados a los hogares que tienen niños/as en edad preescolar, al mismo tiempo que recogen y traen información de los servicios del programa y sobre eventos vitales para el personal del programa.

Los voluntarios comunitarios son los responsables de visitar y brindar educación a más o menos diez familias en “bloques” o áreas. A su vez, diez o quince de estos voluntarios, quienes representan una población de servicios de cien o ciento cincuenta familias forman un grupo de cuidado. Cada grupo tiene un empleado pagado (un Animador) que los guía en capacitación, planificación, evaluación e información sobre el progreso de las visitas domiciliarias. Al educar voluntarios que después capacitan a sus vecinos, los miembros del personal pueden ampliar el área e intensidad de la promoción de salud a más bajo costo.

*Al educar voluntarios que después capacitan a sus vecinos, los miembros del personal pueden ampliar el área e intensidad de la promoción de salud a más bajo costo.*



# CAPITULO II: Evidencia que Refuerza al Enfoque con BCOI

20

Capítulo II

*... la metodología con BCOI les permite [a organizaciones que lo utilizan] medir la decreciente mortalidad, brinda a la comunidad medios para lograr la colaboración y apropiación y asegura la equidad en la prestación de servicios mediante contactos proactivos con poblaciones de alto riesgo y difícil acceso.*

La metodología con BCOI ha sido evaluada varias veces y sus resultados se han informado en artículos de revistas de salud y a través de presentaciones profesionales e informes de proyecto a donadores. (Estas fuentes están citadas en la sección bibliográfica y de recursos.) Las organizaciones que han utilizado el enfoque con BCOI elogian el método e informan que: les permite medir la decreciente mortalidad, brinda a la comunidad medios para lograr la colaboración y apropiación y asegura la equidad en la prestación de servicios mediante contactos proactivos con poblaciones de alto riesgo y difícil acceso.

## Mortalidad

Durante los últimos quince años, los proyectos con BCOI han mostrado resultados en la reducción de la mortalidad infantil, lo que sugiere que esta estrategia compartida crea cambios duraderos. “Sin el enfoque de la metodología con base censal, orientada al impacto,” dice Tom Davis de Food for the Hungry, “no podemos estar seguros de que nuestras intervenciones están produciendo cambios en la mortalidad. Muchos programas de supervivencia infantil muestran cambios en los comportamientos. Sin embargo,” explica Davis, “un cambio de comportamiento no quiere decir que se está disminuyendo la mortalidad. Algunos patrones y causas de mortalidad son locales. Así que, si no se mide la mortalidad local para saber las diferentes causas de la muerte y el momento en que sucede la muerte, no se podrá saber los patrones [y causas] de mortalidad.”

Cuando en la información del censo y de eventos vitales se identifica la tendencia de la mortalidad local, se pueden dirigir las intervenciones a las necesidades específicas de las comunidades meta. “Este nivel de detalle permite que el personal de salud trabaje con personas con necesidades específicas en vez de con estimados de población como sucede con muchos otros proyectos de supervivencia infantil,” dice Mary DeCoster de Curamericas. “Si alguien no viene [al puesto de salud] sabemos que no les estamos atendiendo y podemos mandar a alguien a dar seguimiento.”

Resultados recientes de Haití nos confirman el impacto que tiene BCOI en la mortalidad. (Berggren et al, 2003) Una ONG reportó una disminución del 31 por ciento en menores de cinco años en un área de su proyecto, (de 68 muertes por

cada 1,000 nacidos vivos a 47 por 1,000) en un período de cuatro años (1999-2002), aun cuando el programa añadió nuevas poblaciones e introdujo nuevos servicios. En otra área de servicio más estable de otra ONG la tasa de mortalidad bajó en un 65% durante el mismo período de tiempo, de una tasa inicial de 186 muertes por cada 1,000 nacidos vivos, a 66 por 1,000. Durante el mismo periodo, la Encuesta Demográfica y de Salud de Haití mostró una tasa de mortalidad estable de los menores de cinco de 160 por 1,000.

World Relief y Food for the Hungry realizaron recientemente en Mozambique una revisión de la mortalidad de los/as niños/as menores de cinco años en sus proyectos con base censal y grupos de cuidados por un período de cuatro años (2000 – 2004) e informaron una disminución de 63 por ciento, de 126 muertes por cada 1,000 nacidos vivos a 47 muertes por cada 1,000. (Davis, comunicación personal, 2004)

En diciembre del 2003, informamos los resultados de un estudio en dos sitios de Bolivia contrastando dos sitios geográficamente adyacentes y comparables que no tenían las intensivas intervenciones del enfoque con BCOI. (Perry, Shanklin, y Schroeder, 2003) Las áreas con BCOI recibieron cuidados prenatales, inmunizaciones, monitoreo de crecimiento, nutrición, rehabilitación, extensiva educación de salud preventiva (especialmente relacionada con prevención y tratamiento de la diarrea, los signos para la detección temprana de neumonía infantil y la promoción de alimentación infantil apropiada), tratamiento de neumonía y diarrea, emergencias y atención en las complicaciones que pueden suceder durante el parto y el tratamiento de las enfermedades crónicas y agudas de personas de todas las edades, incluyendo la referencia oportuna. Las áreas de comparación, recibieron únicamente limitada atención que ofrecen las unidades de salud gubernamentales. Al final del período del estudio en estas áreas rurales encontramos una diferencia en las tasas anuales de mortalidad del menor de cinco años de un 52.1 por ciento que era estadísticamente significativo. La tasa del área con BCOI se estimó que era 98.5 por 1,000 nacidos vivos, mientras que en las áreas de comparación se reportó 205.5 muertes por cada 1,000, lo que significa una diferencia de 107.0 por 1,000.

En un estudio separado que incluía tres sitios con BCOI en Bolivia durante un período de tiempo mayor (1990-1997), este autor encontró en estas áreas del programa que la mortalidad de los menores de cinco bajó de 164 a 63 por cada 1,000 nacidos vivos, o sea el 62%, en un período de cinco años. (Shanklin, 1998) La mortalidad infantil bajó 74 por ciento durante tres años en dos áreas del programa, pero no se redujo en la tercera área. Había un efecto claramente relacionado con dosificación; se experimentó una reducción mayor de la mortalidad infantil en los programas que había acceso y utilización de la atención prenatal y partos institucionales que en aquellos programas en los que estos servicios no eran bien utilizados.

*El enfoque con BCOI proporciona una plataforma única, desde la cual se monitorea y evalúa con precisión las actividades del programa y sus resultados, y se mejora el impacto del servicio.*

*Uno de los resultados de esta estrategia es que aumenta la motivación de los trabajadores de salud, quienes pueden realmente medir y ver los frutos de su trabajo, y como miembros de la comunidad, se sienten recompensados cuando ven menos muertes de los bebés...*

## Otros Indicadores de Salud

Por supuesto que hay otros indicadores de servicios importantes en cobertura e impacto que van más allá del ‘estándar de oro’ del análisis de la mortalidad. Este incluye medidas de proceso de los servicios prestados (tales como, número y tipo de contacto por cliente en cierto tipo de servicios y el total de número de casos tratados) así como también medidas de resultado (tales como, cambios de los comportamientos de salud a través del tiempo y la proporción total de niños/as menores de dos años con todas sus vacunas). El enfoque con BCOI proporciona una plataforma única desde la cual se monitorea y evalúa con *precisión* las actividades del programa y sus resultados y se mejora el impacto del servicio. Uno de los resultados de esta estrategia es que produce un aumento en la motivación de los trabajadores de salud, quienes pueden realmente medir y ver los frutos de su trabajo, y como miembros de la comunidad se sienten recompensados cuando ven menos muertes de bebés de la comunidad y ven más personas recibiendo los servicios básicos de APS que saben que necesitan.

*... Food for the Hungry informó cambios positivos relacionados con una reducción de mortalidad de su población, particularmente mejores medidas en los conocimientos y prácticas de las madres en su programa de salud en Mozambique...*

La disminución de la mortalidad en Haití reportada arriba en ambas ONG (MEI y OBDC) venía acompañada con el aumento de uso de los servicios y resultados de de la población meta. Los resultados seleccionados incluyen los siguientes:

- La proporción de niños/as pesados seis veces en los doce meses anteriores incrementó dramáticamente. Para OBDC, la medida de la línea base fue de 11 por ciento y para el 2003 fue de 81 por ciento. En MEI la línea base fue de 32 por ciento y para EOP fue de 92 por ciento.
- La proporción de niños/as amamantados dentro de la primera hora después de nacidos aumentó. En OBDC la medida de la línea base (1998) fue de 52 por ciento; y al finalizar el proyecto (EOP; 2003) era de 70 por ciento. En MEI la línea base fue 57 por ciento, y la medida de EOP de 73 por ciento.
- La terapia de rehidratación oral (TRO): 85 por ciento (MEI) y 91 por ciento (OBDC) de madres que daban más líquidos durante las enfermedades diarreicas y cerca de 75 por ciento incluía TRO durante el tratamiento.
- Más de dos tercios de los/as niños/as completaron sus inmunizaciones antes de su primer cumpleaños. Para MEI aumento al 67 por ciento, mientras que para OBDC la tasa aumentó al 70 por ciento. También se informó que la tasa de “abandono” de la vacunación había disminuido.
- La proporción de mujeres utilizando métodos modernos de contracepción familiar se incrementó dramáticamente. La medida de la línea base de la OBDC fue de 12.5 por ciento y aumentó a 57 por ciento en el 2003. La línea base de MEI fue de 15 por ciento y aumentó a 50 por ciento para el 2003.

Así mismo, Food for the Hungry informó cambios positivos relacionados con una reducción de la mortalidad de su población, particularmente mejores medidas en los conocimientos y prácticas de las madres en su programa de salud en Mozambique. Los siguientes resultados seleccionados finales incluyen:

- 61 por ciento de los bebés tuvo lactancia exclusiva
- 69 por ciento de los/as niños/as recibieron líquidos de rehidratación adecuados durante las diarreas
- 74 por ciento de los/as niños/as entre 12 – 23 meses de edad recibieron todas sus inmunizaciones
- 83 por ciento de los/as niños/as recibieron suplementos de Vitamina A en los seis meses anteriores
- 72 por ciento de los/as niños/as recibieron medicamentos desparasitantes en los seis meses anteriores

En cuanto a la mortalidad en Bolivia el artículo de la revista anteriormente citada informa que, los servicios de APS se desarrollaron bien en las áreas de intervención del estudio. En una evaluación llevada a cabo en ese tiempo se documentó que:

- 95 por ciento de los/as niños/as de 12 – 23 meses de edad se inscribieron en el programa de salud
- 78 por ciento de los/as niños/as obtuvieron su vacunación completa
- 80 por ciento de los/as niños/as habían recibido por lo menos tres monitoreos de crecimiento durante los doce meses
- 60 por ciento de las madres pudieron preparar correctamente la solución de rehidratación oral
- 42 por ciento de las madres con un/a niño/a que mostraba señales de peligro de neumonía reportadas durante las dos semanas anteriores buscaron atención médica para sus niños/as.

Por contraste, durante el período del estudio, las áreas de comparación mostraron tasas de cobertura y participación mucho más bajas.

- Solamente el 31 por ciento de los/as niños/as entre 12 -23 meses de edad habían participado de forma significativa con servicios locales de salud en las áreas de comparación
- 8 por ciento de estos/as niños/as había recibido todas sus vacunas
- 8 por ciento de estos/as niños/as habían recibido por lo menos tres sesiones de monitoreo de crecimiento en los últimos doce meses
- 36 por ciento de las madres en las áreas de comparación podían preparar adecuadamente la solución de rehidratación oral
- 21 por ciento de las madres con un/a niño/a mostrando signos de peligro de neumonía reportadas en las últimas dos semanas buscaron atención médica para sus niños/as.

Estas tasas de las áreas del estudio comparativo se encontraron comparables con las tasas informadas por el MSP en las áreas de servicio rural en todas las otras zonas de Bolivia.

*Durante el período del estudio [ de intervenciones con BCOI], por contraste, las áreas de comparación mostraron tasas de cobertura y participación mucho más bajas...*



# CAPITULO III: Determine si BCOI es para Usted

24

Capítulo III

*El meollo de nuestro trabajo es que comenzamos con el estado actual de salud de la gente y empezamos desde allí. No asumimos que sabemos lo que está mal, o que enfoque en particular va a dar resultado hasta después de haber conducido*

Los conceptos básicos de la metodología con BCOI son aparentemente sencillos, y muchos podrán decir obvios. Sin embargo la importancia de cada paso del proceso no es necesariamente intuitiva, especialmente para aquellos que han sido entrenados en la atención de servicios con base en la unidad de salud. Puede ser difícil entender la importancia de algunos de los pasos, a menos que esté involucrado personalmente en la ejecución o que vea de primera mano los resultados. El meollo de nuestro trabajo es que comenzamos con el estado actual de salud de la gente y empezamos desde allí. No asumimos que sabemos lo que está mal, o qué enfoque en particular va a dar resultado hasta después de haber conducido evaluaciones comunitarias. ¡Esto puede requerir mas flexibilidad programática que muchos proveedores de salud están usualmente dispuestos a ofrecer! Para hacer este trabajo de salud de base comunitaria se requiere la presencia de algunos factores favorables y el compromiso de muchos socios de salud. Abajo discutimos estos factores.

## Condiciones Generales

Hay algunas condiciones generales que favorecen la implementación de la metodología con BCOI y muchas que hacen su uso más difícil, por no decir imposible de ocurrir. Las condiciones favorables necesarias incluyen:

- Una comunidad socialmente congruente. Esto quiere decir que tiene una estabilidad social razonable, que tiene mecanismos establecidos de apoyo social y solución de conflicto y que comparten una misma cultura e idioma.
- La población es razonablemente estable con un mínimo y/o predecible patrón migratorio.
- La necesidad de un sistema de APS más efectivo, y un liderazgo comprometido a mejorar la equidad y efectividad del servicio en un período de por lo menos cinco años.

Las condiciones que hacen que la implementación de la metodología con BCOI sea más difícil de introducir son:

- Una comunidad que es inestable debido problemas severos sociales, políticos o económicos.
- Una población que se mueve constantemente, con familias llegando, saliendo y/o circulando con frecuencia en el área de servicio (por lo general debido a algún tipo de problema de los anteriormente mencionados o debido a movimientos migratorios anuales).

- Un sistema público de APS que funciona con: poca motivación para cambiar sus métodos de operación; cambios significativos y frecuentes del personal local de salud, haciendo los esfuerzos de capacidad de desarrollo inefectivo; y/o muy pocos recursos para ofrecer por lo menos los servicios más básicos de APS a la población general que debe servir.

## Compromiso Comunitario

El proceso con BCOI impone más responsabilidad sobre los líderes comunitarios y sus miembros que en el enfoque más pasivo de atención de salud basada en las unidades de servicio del sistema de salud pública. Se les pide a las comunidades que participen más activamente en las evaluaciones comunitarias de salud, censos, establecimiento de prioridades de salud y la supervisión del funcionamiento y resultado de los servicios de salud. Se pide su retroalimentación sobre el tipo y la calidad de servicios que se ofrecen. No todas las comunidades quieren o pueden participar en este tipo de enfoque. La regla general parece ser que las comunidades rurales son más estables, más homogéneas y más receptivas a este tipo de enfoque activo participativo. En comparación, las comunidades urbanas nuevas, y de bajos recursos tienden a ser menos homogéneas, a tener patrones migratorios muy acentuados y parecen estar menos dispuestas a asumir trabajo “voluntario” el cual estaría en conflicto con el tiempo que necesitan para las actividades individuales generadoras de ingresos. Dicho esto, existen algunos ejemplos de programas con BCOI funcionando muy bien en áreas urbanas de rápido crecimiento. Aún cuando estos programas son amenazados por estos factores desestabilizadores encuentran que el enfoque con BCOI funciona mejor porque les ofrece mucha más información sobre la población a la que sirven y los medios para darle seguimiento a sus logros.

Judy Gillens, de FOCAS, considera que el enfoque con BCOI *“es un enfoque extremadamente bueno porque es muy de base comunitaria.”* El comenzar un proyecto con un censo casa por casa, permite a los planificadores y personal del proyecto aprender desde el principio lo que la gente piensa que son sus problemas de salud más grandes. *“Es muy importante,”* dice Gillens, *“aprender desde el principio lo que los miembros de la comunidad quieren.”* Los proyectos de FOCAS en Haití han hecho un deliberado esfuerzo de ir más allá del involucramiento comunitario a un nivel de participación comunitaria más profundo. *“No estamos solamente mostrando a los miembros de la comunidad lo que hemos encontrado,”* nos cuenta, *“estamos tratando de involucrar a ambos, el personal y la comunidad en todas las fases de desarrollo del programa. El uso de la metodología participativa, hace que los miembros de la comunidad puedan desarrollar [su propia atención en salud] destrezas propias y no solamente esperar a que el servicio de salud intervenga.”* Este nivel de involucramiento es importante para la futura sostenibilidad de los resultados del programa.

# Compromiso de la Institución de Salud

El enfoque con BCOI requiere dos formas de compromiso institucional que son esenciales para el éxito. Primero, el liderazgo de la institución y la gerencia principal e intermedia deben verdaderamente apreciar y valorar el enfoque con BCOI, a través de la propia experiencia y/o observación, y deben comprometer los recursos necesarios para asegurar una implementación efectiva. Segundo, además de un ‘liderazgo inspirado’, para asegurar que las nuevas actividades se emprendan correctamente debe establecerse un sistema de supervisión efectiva que brinde apoyo, y los errores deben identificarse y corregirse antes de que los malos hábitos se arraiguen. El personal de campo deberá tener una supervisión continua y dedicada para evitar el error común de concentrarse en el *proceso* de solamente realizar actividades (incluyendo la recolección de información, registro y reporte) en vez de concentrarse en el *impacto*; es decir, resolver los problemas de salud de la familia. *Probablemente esta sea la amenaza más grande que tiene un programa con BCOI para tener una implementación e impacto efectivo.*

El personal de campo deberá tener una supervisión continua y dedicada para evitar el error común de concentrarse en el *proceso* de solamente realizar actividades...en vez de...resolver los problemas de salud de la familia.

## Potencial para la Extensión y Sostenibilidad

### Extensión

La extensión de las actividades de un programa de salud fluye del proceso de implementación del enfoque con BCOI. La mayor parte de los programas de Curamericas con BCOI se han extendido geográficamente con el tiempo, abarcando nuevas áreas de servicios próximas a las ya existentes. ‘Las áreas Piloto’ se expandieron hasta incluir las áreas vecinas y se llegó a incorporar áreas de servicio del MSP (una municipalidad) hasta darle cobertura. De igual forma se puede añadir más municipalidades hasta llegar a extenderse a nivel distrital. Este abordaje permite que el programa desarrolle capacidad utilizando personal experimentado para capacitar y supervisar personal nuevo y/o transferir personal existente a nuevas áreas, creando oportunidades para que los mejores voluntarios de salud locales se trasladen a posiciones asalariadas de tiempo completo en los antiguos servicios.

La descentralización nacional de los servicios de salud se presta a la expansión de BCOI, especialmente si el gobierno Nacional promueve una norma para la implementación local del programa de salud. Este fue el caso de Guatemala a mediados de los 90, cuando los servicios de salud fueron descentralizados, el Ministerio de Salud estandarizó e implementó un sistema para el manejo de la información de salud (SMIS), y se motivó a las organizaciones locales de base comunitaria (OBC) a organizarse y competir para obtener fondos nacionales para implementar programas locales. Desafortunadamente la corrupción a nivel nacional condujo a que los fondos para salud desaparecieran, lo cual dió como resultado una falta de fondos crónica para la iniciativa. Inmediatamente después los donantes internacionales retiraron el apoyo financiero para el programa, conduciendo al casi

total colapso del sistema. En Bolivia, la ONG socia de Curamericas CSRA encontró que la descentralización nacional brindaba una oportunidad importante para que las autoridades locales se sensibilizaran respecto a los problemas del desarrollo humano y salud pública. Una vez que la conciencia de las autoridades aumentó, su compromiso con el desarrollo y la salud pública incrementó y las municipalidades buscaron a CSRA para que entren en sus municipalidades y manejen sus sistemas de salud.

Como el enfoque con BCOI depende de la participación comunitaria, incluyendo el uso de voluntarios locales de salud, las condiciones locales de las comunidades meta deberán facilitar la participación activa comunitaria. Las comunidades en mucha crisis debido a condiciones extremas de problemas socioeconómicos, políticos o climáticos, están por lo general demasiado conflictuadas para ser capaces de brindar el apoyo necesario para que se de una implementación exitosa. Las poblaciones con una emigración anual con períodos de larga duración (por ejemplo, por trabajo agrícola estacional) complican la implementación porque las familias no tienen acceso a los servicios mientras están viviendo fuera del área. Además, estas familias pueden estar expuestas al contagio y patrones de enfermedades diferentes a las que son propias de las áreas de servicio con BCOI. Un ejemplo de esto puede de nuevo encontrarse en Guatemala, donde muchas familias rurales anualmente emigran por lo menos medio año desde sus hogares en las montañas a los valles costeros para trabajar en las grandes plantaciones de caña de azúcar. Las condiciones de salud en las áreas migratorias son diferentes: incrementa el contacto con malaria y otras enfermedades tropicales; desnutrición (en los campos de emigrantes las familias por lo general no tienen acceso a la misma variedad de comidas con las que se alimentan en las montañas); más enfermedades diarreicas (a causa de las condiciones insalubres y la falta de agua potable); y una buena proporción de hombres que están anémicos (debido a las heridas y accidentes que sufren cuando están trabajando en los cañaverales. La anemia en adultos hombres no es frecuente en sus comunidades de origen). Estos problemas podrían evitarse si se ofrecieran servicios con BCOI en ambos sitios, pero en el contexto de la mayoría de los países en desarrollo esto no es práctico.

Resumiendo, el enfoque con BCOI facilita la expansión de los servicios del programa. Los enfoques jerárquicos (de arriba hacia abajo) y los de base (de abajo hacia arriba) se encuentran en un diálogo de mutuo respeto que permite la aportación de métodos de salud modernos, así como también de valores locales, sensibilidades y recursos. Para la programación, manejo y apoyo de los servicios públicos de salud se aconseja apegarse a las condiciones locales, esto contrasta con el enfoque monolítico, que un mismo patrón sirve para todos, utilizado con más frecuencia en muchos de los programas nacionales de salud. Por último, *los autores consideran que la metodología con BCOI es uno de los medios más costo-efectivos y sostenibles para mejorar la salud al nivel global.*

*Los enfoques jerárquicos (de arriba hacia abajo) y los de base (de abajo hacia arriba) se encuentran en un diálogo de respeto mutuo que permite la aportación de métodos de salud modernos, así como también de valores locales, sensibilidades y recursos.*

# Sostenibilidad

La definición práctica que Curamericas da de la sostenibilidad de un programa de salud es: “*Un estado en el cual una ONG nacional es capaz de mantener claramente definido, alta calidad de beneficios de salud indefinidamente basados en su propia capacidad de gestión para generar y manejar los recursos necesarios, en coordinación con el liderazgo y la participación comunitaria.*” La ONG socia de Curamericas en Bolivia, CSRA, define la sostenibilidad como “*la prestación de beneficios de salud a determinadas comunidades por un tiempo indefinido.*”

*...los autores que consideran que la metodología con BCOI es uno de los medios más costo-efectivos y sostenibles para mejorar la salud al nivel global.*

Cinco elementos claves son determinantes en la definición:

- Un flujo seguro y adecuado de recursos y materiales;
- Alta demanda de productos claramente definidos, con sus respectivas metas y objetivos programáticos
- Adecuada capacidad técnica;
- Estructura organizacional (incluyendo liderazgo, responsabilidad, líneas claras de autoridad, toma de decisiones y estabilidad); y
- Un sentido de apropiación por parte de los líderes, personal de las ONG y las comunidades.

Para ser consistentes con las definiciones anteriores y para propósitos prácticos de este manual de referencia, discutiremos la sostenibilidad del programa con BCOI desde el punto de vista de: el apoyo comunitario, apoyo nacional (MSP) y el apoyo de la agencia patrocinadora.

## Apoyo Comunitario

Hay muchos factores que favorecen la sostenibilidad a largo plazo del impacto de BCOI en las comunidades donde se encuentran estos servicios. Primero, con frecuencia los trabajadores de salud de nivel medio proceden de las comunidades en las que trabajan y brindan apoyo técnico esencial y desarrollo de liderazgo en sus áreas. (Esto contrasta con la atención basadas en las unidades de salud, donde típicamente los profesionales de salud vienen de otras áreas y no se quedan el suficiente tiempo como para desarrollar relaciones significativas con la comunidad.) Segundo, las preferencias y prioridades comunitarias se incorporan en la planificación de los servicios con BCOI, lo que permite la identificación de la demanda de los servicios de salud los cuales, es probable, que sean financieramente cubiertos localmente. Y al crear un ambiente de confianza entre las comunidades y el programa, los habitantes de la comunidad estarán más inclinados a buscar los servicios de salud cuando los necesiten. Tercero, el hecho de que el programa de salud trabaja directamente con los líderes e instituciones locales hace que se tenga mejor oportunidad de negociar con éxito apoyo material y financiero, como parte de un acuerdo escrito entre el programa y las organizaciones comunitarias (inclusive con los gobiernos municipales). Por último la activa extensión comunitaria a través de visitas domiciliarias, reuniones de grupo y grupos de autoayuda, resulta en una significativa reducción de las causas locales de enfermedad y muerte, lo cual contribuye a un impacto de largo plazo del programa.

En contraste con estos ‘factores favorecedores’, hay algunas ‘barreras’ a la sostenibilidad del enfoque con BCOI, por lo menos al principio. Primero, muchas agencias donantes están orientadas a resultados acelerados en metas cuantitativas y de cobertura, y no necesariamente al lento desarrollo de los procesos comunitarios que son muy importantes para los cambios sostenidos de largo plazo. Estas agencias de financiamiento con frecuencia retroceden ante los compromisos de largo plazo a causa de sus propias políticas administrativas internas y pueden no estar dispuestas a financiar un enfoque como el que planteamos.

Las comunidades deben estar dispuestas a invertir recursos y tiempo en el enfoque con BCOI. Algunas veces nos encontramos con que los líderes políticos locales, el personal de salud del MSP del área y los miembros de la comunidad no están dispuestos a hacer el esfuerzo necesario para iniciar estos cambios tan nuevos y ‘arriesgados’. Este punto se agrava por el hecho de que algunas intervenciones del gobierno, iglesia y ONG todavía continúan operando en forma paternalista. La actitud de ‘ayudar a los que no pueden ayudarse’ en realidad desempodera a las comunidades y es similar a la resistencia inicial que encontró el movimiento internacional de los micro-préstamos por parte de opositores que decían que ‘los pobres son demasiado pobres para salvarlos.’ Ahora ya sabemos que los pobres en realidad si pueden ahorrar dinero y que las comunidades pobres pueden ayudarse a si mismas.



## Apoyo Nacional del Ministerio de Salud (MS)

El apoyo nacional para la programación local de salud que por lo general fluye del ministerio de salud pública (MSP), sea este apoyo: 1) puramente financiero, por ejemplo a través de esquemas de seguro de salud nacional; 2) técnico, como la generación de políticas, programas, protocolos y capacitación; 3) material, como la provisión de locales, equipo, medicinas, suministros y materiales impresos y 4) trabajo, incluyendo médicos, enfermeras, trabajadores comunitarios de salud y supervisores de campo. El MSP por lo general es el primer proveedor directo de servicios públicos de salud, aun cuando otros ministerios brinden servicios de seguridad social o que los servicios militares también puedan tener sistemas de servicios de salud independientes. Trabajar con un ministerio nacional es a veces, un reto, sobre todo porque el personal del ministerio no está acostumbrado a tener socios y a todo lo que una buena sociedad trae consigo. Como se dijo anteriormente, el personal del MSP con frecuencia no es del área en que trabaja y puede que la población local no le tenga confianza. La rotación (deserción) es frecuentemente alta entre los proveedores de servicios del MSP y sus superiores. Lo que resulta que la capacitación o la asistencia técnica se pierda en unos pocos meses o años. Además, muchos del personal que dirigen el MSP no se consideran responsables de las comunidades a las que sirven, lo que aleja más a las comunidades de los proveedores de salud asignados.

*Las comunidades deben estar dispuestas a invertir recursos y tiempo en el enfoque con BCOI....Sabemos que los pobres en realidad si pueden ahorrar dinero, y que las comunidades pobres pueden ayudarse a si mismas.*

*La metodología con BCOI es un proceso profesionalmente gratificante, una vez que los proveedores de salud experimentan su efectividad y ven cambios reales medidos dentro de su propia comunidad.*

*Aplicando las prácticas y herramientas de la metodología con BCOI, Curamericas y sus ONGs socias y otras OPVs han podido crear programas de servicios de salud costo-efectivo y con equidad que son potencialmente autosuficientes en los países donde trabajan.*

Trabajar con ONG locales o nacionales es una alternativa viable para resolver estos problemas estructurales. En el modelo con BCOI, los trabajadores de salud locales y los voluntarios se seleccionan de las comunidades a las que sirven y son responsables localmente de la calidad de su trabajo. La metodología con BCOI es un proceso profesionalmente gratificante, una vez que los proveedores de salud experimentan su efectividad y ven cambios reales medidos dentro de su propia comunidad. En este modelo, el MSP sirve mejor como el ‘garante’ de la cobertura y equidad de los servicios públicos de salud. El MSP podría y debería jugar roles activos e importantes en la provision de fondos, materiales y capacitación a los trabajadores de salud para fortalecer sus destrezas y para asegurar la calidad, uniformidad y variedad de los servicios que se ofrecen.

## Apoyo de la Agencia Patrocinadora

Hace seis años, este autor participó en un estudio de sostenibilidad del programa con BCOI realizado con CSRA, la ONG socia de Curamericas en Bolivia, (Shanklin y Robison, 1999). Descubrimos resultados impresionantes que son valiosos reconsiderarlos aquí. Las conclusiones importante incluyen:

1. **La sostenibilidad se manejó dentro de un contexto de una mayor expansión del servicio.** El programa creció más de 750 por ciento en un período de diez años. Alrededor del 60 por ciento de los costos fueron para pagar personal y 70 por ciento de los empleados eran personal de campo de salud, y el restante 30 por ciento de apoyo administrativo y auxiliar.
2. **La sostenibilidad con el tiempo se manejó dentro de un contexto de costos unitarios estables.** Se calculó el costo promedio de brindar APS y se encontró que era de \$US 12.72 por beneficiario por año y esta tasa continuó significativamente constante en un período de diez años, aún cuando se le añadieron más intervenciones de salud. Si se consideraban los factores inflacionarios, el costo por cliente reducía.
3. **La sostenibilidad de la ONG en el país mejoró significativamente durante un período de 10 años.** Durante el año del estudio de línea base, 1987, Curamericas había contribuido el 75 por ciento del total de los costos operativos de CSRA y el 25 por ciento restante provino de CSRA y de los ingresos del programa local. Diez años más tarde, 1997, la situación se había prácticamente invertido. Curamericas estaba contribuyendo el 35 por ciento de los ingresos de la ONG mientras que los ingresos locales habían subido al 21 por ciento y las contribuciones de la ONG subió al 44 por ciento. Es más, CSRA podía acreditar logros concretos en todos los cinco elementos para la sostenibilidad que mencionamos con anterioridad.

Aplicando las prácticas y herramientas de la metodología con BCOI, Curamericas y sus ONGs socias y otras OPVs han podido crear programas de servicios de salud costo-efectivo y con equidad que son potencialmente autosuficientes en los países donde trabajan.

## Retos y Peligros

Se puede pensar que crear, actualizar un censo y mantener carpetas para cada familia del área meta requiere demasiado trabajo. Melanie Morrow de World Relief dice que su organización “*encontró [el censo] trabajoso; el personal invertía demasiado tiempo en archivar y no el suficiente en las intervenciones.*” Eric Swedberg de Save the Children está de acuerdo: que una organización tiene que dedicar una cantidad significativa de tiempo, trabajo y recursos para mantener bien un sistema de base censal. La pregunta puede ser: ¿Vale la pena el esfuerzo? Muchos dirán “*¡Sí!*”

Dada la intensidad del esfuerzo necesario para implementar el enfoque con BCOI, *no solamente son importantes, sino elementos esenciales del programa, un liderazgo creativo, capacitación continua y apropiada del personal y supervisión regular positiva.* Por supuesto, lo mismo puede decirse de cualquier servicio público de calidad en APS pero el énfasis adicional que se le da al monitoreo periódico y a la medición en el enfoque con BCOI significa que las desventajas y debilidades son más rápidamente aparentes cuando se analiza la información. El identificar áreas para mejorar es por si solo un logro para cualquier programa de salud. Sin embargo, es necesario un ambiente de gerencia positiva para asegurar que los resultados negativos no lleven a que el personal se desmoralice o a que reduzca la efectividad del programa a causa de la inactividad.

*... no solamente son importantes, sino elementos esenciales del programa, un liderazgo creativo, capacitación continua y apropiada del personal y supervisión regular positiva.*



## CAPITULO IV: Establezca una Relación entre el Programa y la Comunidad

32

Capítulo IV

*La confianza mutua es requisito previo para progresar, y esta se gana con paciencia a través de un diálogo respetuoso al ritmo de los líderes comunitarios.*



El desarrollo de una relación entre el programa de salud y la población potencial meta por lo general se realiza a través de una serie de reuniones, discusiones y visitas entre los representantes del programa de salud y los líderes tradicionales y formales de la comunidad. Llevar a cabo estas actividades puede tardar algunos meses o hasta algunos años. La confianza mutua es requisito previo para progresar, y esta se gana con paciencia a través de un diálogo respetuoso al ritmo de los líderes comunitarios. Ciertamente que parte de este proceso es identificar los grupos e individuos más adecuados con quienes trabajar. ¡Quienes se presentan primero no son siempre las personas más adecuadas o más deseables con quienes trabajar! Esta etapa se concluye con la firma de un convenio por tiempo limitado y renovable entre el representante legal de la institución de salud y las comunidades, y aparte con el MSP si es apropiado (y por lo general es). Por supuesto, es esencial un compromiso de financiamiento, basado en presupuestos realistas.

Durante las reuniones exploratorias preliminares es importante no levantar falsas expectativas que podrían conducir a consecuencias negativas de largo plazo entre el programa y las comunidades. Una pregunta que debe servirnos de guía y que debe estar siempre latente en las mentes de los representantes del programa durante todo el proceso es: ¿Quieren en realidad estas comunidades asociarse a nuestro programa? Una auto-evaluación sincera y continua junto con una respuesta positiva a la pregunta de lo que el programa puede en realidad ofrecer a las comunidades será esencial para continuar con el desarrollo del programa.

Un medio para desarrollar buenas relaciones de trabajo, especialmente si la agencia de salud es externa a las comunidades en las cuales quiere intervenir, es identificar una necesidad de salud que puede resolverse y que las comunidades perciben como prioritaria, utilizando recursos comunitarios existentes y acceder a afrontar juntos este trabajo hasta alcanzar un éxito que sea medible. Esta actividad desarrollará más la relación de confianza entre el personal de salud y los miembros de la comunidad. Abajo presentamos un proceso más estructurado para mostrar como se puede desarrollar relaciones comunitarias efectivas.

# Identifique y Contacte a las Personas y Organizaciones Claves

En esta tarea, el programa de salud trata de identificar los principales ‘actores’ de la comunidad y sus respectivos intereses para diseñar presentaciones que sensibilicen con mayor efectividad a la comunidad y formen un ambiente de apoyo para la implementación del programa de salud con BCOI. Las acciones a ejecutar podrían ser:

- Haga una lista de líderes locales, así como de personas y organizaciones que deberían ser consideradas como aliados estratégicos potenciales (ONG, líderes de las organizaciones vecinales, organizaciones comunitarias y voluntarios)
- Identifique los intereses, oportunidades y amenazas que enfrenten cada uno de los individuos y organizaciones de la lista contestando a las siguientes preguntas:
  - *¿Cómo sus intereses (personales, profesionales, económicos y políticos) afectarán (y serán afectadas por) la implementación del enfoque?*
  - *¿Qué recursos existen para financiar la implementación del enfoque?*
  - *¿Qué efectos positivos o negativos tendrán sus intereses en la implementación del enfoque?*

Identifique las ‘esferas de acción’ de los principales actores, para poder reconocer los ambientes(esferas de acción) y las coincidencias que existen entre ellos. La herramienta que se usa para esta tarea es el *Cuadro de Identificación de la Audiencia y los Actores*

Por ejemplo:

- A nivel de vecindad o sector (líderes locales, voluntarios, curanderos de medicina tradicional, maestros y la población general)
- A nivel municipal (alcaldes, consejos ciudadanos, comités de salud locales, directores de salud locales y ONG)
- A nivel de distritos municipales (comités de salud distritales, el MSP y organizaciones sociales)

Una vez que se está satisfecho con la lista de personas y organizaciones relevantes y sus respectivos intereses, deberá contactar a ellas y crear una respuesta positiva preliminar. Para tener éxito en esta tarea, por lo general se necesitan los siguientes pasos:

- Haga una presentación del programa de salud nacional y/o municipal o presente un ejemplo real de un programa similar con BCOI implementado por su organización en otra parte.

*... el programa de salud trata de identificar los principales ‘actores’ de la comunidad y sus respectivos intereses para diseñar presentaciones que sensibilicen con mayor efectividad a la comunidad y formen un ambiente de apoyo para la implementación el programa de salud con BCOI.*

- Elabore un mapa de división política del área que incluya los nombres y ubicación de las comunidades, barrios, desarrollos habitacionales y cuadras de la zona.
- Analice y presente estadísticas de salud actualizadas, mostrando los indicadores de salud más importantes (si no existe esta información para el área, utilice estadísticas de los niveles regionales o nacionales). Presente las estadísticas en forma gráfica y en porcentajes para facilitar la comprensión de los representantes de la comunidad. En esta presentación la información deberá consistir de los principales indicadores de salud como la mortalidad, cobertura de nacimientos y cobertura de vacunas.
- Ofrezca una representación gráfica de la red de servicios.
- Haga una presentación específicamente del enfoque con BCOI que deberá incluir los siguientes puntos:
  - *Un mapa de accesibilidad geográfica: muestre las distancias entre los barrios y comunidades a los servicios de salud, rutas de viaje y medios de comunicación (tales como, carreteras, teléfonos y comunicaciones radiales).*
  - *Gráficas de los niveles de atención, recursos humanos y físicos: servicios que ofrecen los establecimientos de salud de acuerdo a niveles de atención (primario, secundario y terciario son las clasificaciones comunes, definidas por usted para su audiencia), sistemas de referencia y referencia cruzada, número y tipo de personal de salud en cada nivel de servicio de salud y el tipo de equipo disponible en estas unidades de salud.*
- Haga una presentación del enfoque con BCOI propuesto que deberá incluir los siguiente puntos:
  - *Un resumen de la metodología con BCOI incluyendo los cinco pasos del ciclo de implementación*
  - *El censo, la evaluación de salud de la línea base, el sistema de registro y monitoreo de eventos vitales*
  - *El razonamiento y la explicación del sistema de visitas domiciliarias a las familias de alto riesgo de enfermedad y muerte y las visitas de seguimiento para los pacientes detectados y tratados*
  - *Otros sistemas para contactar clientes incluyendo eventos grupales y los grupos de autoayuda*

- *Participación social y el rol de los recursos humanos comunitarios como factores principales en el éxito del enfoque con BCOI*

## Desarrolle Compromiso Comunitario Local hacia el Enfoque con BCOI

El objetivo de las siguientes actividades es demostrar con éxito las ventajas que ofrece el enfoque con BCOI para el mejoramiento de la salud familiar y comunitaria, y crear un sentido individual y comunal de responsabilidad y compromiso compartido. Para lograr esto podría seguir los siguientes pasos:

- Visite líderes locales para fijar una fecha y lugar para la(s) reunión(es) introductoria(s). Pida que se manden las invitaciones a los representantes de los barrios y comunidades interesadas. Para agilizar este proceso y facilitar la coordinación recomendamos que:
  - *Converse con líderes superiores locales, formales y tradicionales, que tengan interés en los servicios de salud para fijar una fecha para la reunión.*
  - *Sugiera una lista de participantes para las reuniones basada en la identificación previamente realizada de las personas y organizaciones claves.*
  - *Trabajen juntos en la redacción y entrega de la invitación.*
- Asegurese que todos los participantes reciban la invitación a tiempo. Contacte a todos los participantes para verificar si recibieron la invitación y haga énfasis en la importancia de su participación en la reunión.
- Asegurese que todos los materiales que se necesitan para la presentación estén a la mano. Defina las necesidades de organización y logísticas. La preparación deberá incluir:
  - *Una agenda para la reunión, defina quien formará parte del equipo, que tema va a facilitar cada miembro y la secuencia de los temas.*
  - *Visite con anterioridad el local donde se llevará a cabo la reunión para asegurar que todos los materiales están listos, tales como asientos para todos los participantes y espacio para el material que se va a presentar.*
  - *Si tiene planes de utilizar material audiovisual electrónico, verifique que el local tiene electricidad y el equipo necesario para conectarlo.*
  - *Asigne una persona responsable de todos los aspectos de organización y logística de la reunión.*

*El objetivo ... es demostrar con éxito las ventajas que ofrece el enfoque con BCOI para el mejoramiento de la salud familiar y comunitaria y crear un sentido individual y comunal de responsabilidad y compromiso compartido.*

*Después de que se ha(n) realizado la(s) reunión(es) inicial(es) y decidido que fueron exitosas, realice más reuniones gradualmente más formales con los individuos y organizaciones claves para hacer acuerdos y compromisos mutuos.*

- Después de que se ha(n) realizado la(s) reunión(es) inicial(es) y decidido que fueron exitosas, realice más reuniones gradualmente más formales con los individuos y organizaciones claves para hacer acuerdos y compromisos mutuos. Los elementos más importantes de estas reuniones incluyen:
  - *La preparación de agendas escritas que contengan todos los puntos importantes que deben tocarse*
  - *Asegurarse de que todos los participantes claves se conozcan*
  - *Presentar los marcos de referencia de las políticas de salud nacionales y la capacidad de respuesta existente de la red de servicios de salud local*
  - *Presentar los efectos negativos que las principales enfermedades causan en las áreas meta*
  - *Resumir el enfoque con BCOI y como se llevará a cabo el trabajo propuesto*
  - *Reflexionar sobre las responsabilidades de los actores locales en el mejoramiento de la salud familiar y comunitaria. Las contribuciones que estos actores proveen incluyen: apoyo financiero público a través de fondos municipales, acceso y apoyo del MSP u otras fuentes potenciales; conocimiento respecto a los valores y culturas locales; gente que puede ser capacitada para ser voluntarios de salud; asistencia técnica, material y logística a los equipos de salud para la implementación de BCOI; la alimentación de los voluntarios durante las actividades comunitarias; y el mapeo y numerado de las casas en las comunidades bajo censo; entre otras.*
  - *Crear compromisos con socios para la implementación del programa con BCOI*
  - *Determinar los barrios o comunidades donde podría iniciarse o hacerse una prueba piloto de la metodología con BCOI*

Si se se hace una prueba piloto, será importante escoger comunidades con las mejores condiciones posibles de aceptación al enfoque. Esto permitirá que el equipo gane gradualmente experiencia y desarrolle mayores destrezas para luego extender la intervención al resto del área. Asegúrese de:

- Priorizar las comunidades y barrios con el mayor número de poblaciones de riesgo (niños/as menores de cinco años, mujeres embarazadas, etc.) y casos de enfermedad y/o muerte debidas a causas prevenibles, tratables o curables. La comunidad o los servicios locales de salud le pueden facilitar esta información.
- Planificar el reclutamiento de voluntarios de salud que sean de las comunidades y barrios. Los voluntarios pueden ser un factor importante y decisivo en el éxito del programa.
- Las mayores oportunidades de éxito se darán en las comunidades o barrios con organizaciones bien estructuradas, liderazgo claro e historia de trabajo comunitario exitoso.
- También será importante iniciar el programa en comunidades donde tendrá

buen acceso geográfico que facilitará el contacto frecuente, este es un factor importante para dar apoyo y monitorear de cerca al proyecto piloto con BCOI.

## Formalice Responsabilidades a través de Acuerdos Escritos

Un último paso del proceso para desarrollar el interés y compromiso local es ponerse de acuerdo con un grupo núcleo de líderes e instituciones que serán responsables de crear acuerdos escritos con límite de tiempo y renovables entre los representantes legales de las agencias de salud, las comunidades y con el MSP. Esta actividad debe ser auto-limitante en si misma para que se aproveche el entusiasmo generado durante las reuniones que culminaron en este momento. Organice un evento público para la firma oficial de los acuerdos comunitarios e invite al público a asistir y participar activamente en el foro. ¡Este deberá ser un evento que es tanto importante como alegre!

## Forme un Cuerpo de Voluntarios de Salud Local

Después de que los acuerdos hayan sido firmados, comience inmediatamente a fijar fechas y sitios para las reuniones de planificación en aquellas áreas en que el programa con BCOI será implementado inicialmente. Una de las primeras actividades de estas reuniones de planificación será para que el personal de salud trabaje con los miembros de la comunidad y sus líderes para desarrollar el perfil del voluntario de salud, y para definir el rol de los voluntarios de salud (es decir crear términos de referencia). Sin embargo, antes de iniciar este proceso, el personal principal ya debería haber desarrollado un plan claro para saber el número de voluntarios que se necesitará, como; los voluntarios serán capacitados y apoyados y que incentivos o apoyo no financiero se planea ofrecer. (Por favor ver el Capítulo IX para mayor información sobre este tema.)

El perfil del voluntario de salud por lo menos debería requerir que:

- Resida en la comunidad o barrio
- Tenga el apoyo de la comunidad o barrio
- Demuestre interés en hacer trabajo voluntario con el proyecto
- Sepa leer y escribir razonablemente bien (solamente si sus roles exigen estas destrezas)
- Muestre una actitud respetuosa hacia los demás y se comprometa a ser confidencial

Hay mucha discusión y debate sobre quienes son los mejores voluntarios, o si en realidad, existe un voluntario efectivo. Nuestra experiencia es que los adultos jóvenes muestran entusiasmo y energía pero tienen poca credibilidad con los adultos mayores y pueden perder interés a medida que se les presentan oportunidades educativas o de trabajo. Por otra parte los adultos jóvenes con frecuencia tienen más educación



*Organice un evento público para la firma oficial de los acuerdos comunitarios e invite al público a asistir y participar activamente en el foro. ¡Este deberá ser un evento que es tanto importante como alegre!*

*...si se ofrecen incentivos financieros o no financieros [a los voluntarios de salud], deben ser cuidadosamente examinados antes de hacer cualquier anuncio formal, porque dar falsas expectativas puede crear una fricción duradera entre el personal de salud asalariado y los voluntarios y llevar a una mayor deserción de voluntarios.*

y aprenden rápidamente material nuevo. En Curamericas, hemos tenido éxito con individuos casados, con hijos (un compromiso más claro con el área geográfica), quienes obviamente tienen experiencia personal en problemas de salud materno-infantil. La rotación de voluntarios siempre es una preocupación porque cada vez que se pierde un voluntario capacitado se debe sustituir y el ciclo de capacitación y apoyo empieza de nuevo. Esto incrementa la responsabilidad del personal asalariado que puede estar ya al borde de una sobrecarga de trabajo.

Por lo general la descripción de trabajo de los voluntarios de salud locales debe incluir la voluntad y capacidad de:

- Ayudar con el mapeo y numerado de las casas y ayudar a recolectar la información del censo (junto con el personal de salud)
- Ser activo en la detección y referencia de personas y familias en riesgo inmediato de salud
- Monitorear y ofrecer atención a los casos de clientes selectos
- Brindar educación en salud dirigida a motivar el auto-cuidado a nivel personal, familiar y comunitario
- Llevar a cabo estas actividades utilizando las herramientas y formularios apropiados del enfoque con BCOI que se está implementando

El personal de salud debe entender claramente que las responsabilidades de los voluntarios de salud se limitaran a un número determinado de horas al mes según hayan acordado (y no más) y que el trabajo es puramente voluntario (no habrá remuneración financiera por sus esfuerzos). Por otra parte, si se ofrecen incentivos financieros o no financieros, deben ser cuidadosamente examinados antes de hacer cualquier anuncio formal, porque dar falsas expectativas puede crear una fricción duradera entre el personal de salud asalariado y los voluntarios y llevar a una mayor deserción de voluntarios.

Una vez que el perfil de los voluntarios (criterios de selección) y términos de referencia se han desarrollado y aprobado se puede realizar otra reunión para establecer un proceso para anunciar los puestos y para seleccionar a los voluntarios locales. Todos los candidatos potenciales deben recibir información sobre el enfoque con BCOI, incluyendo sus componentes principales, para que así estén concientes de la gama de sus responsabilidades. Otro objetivo de esta reunión será involucrar a los líderes comunitarios locales en el proceso para crear la red de monitoreo local. Más tarde la selección de voluntarios será una tarea que deberá ser organizada y ejecutada por los miembros de la comunidad (y apoyada por el personal superior del programa de salud) para asegurar que el grupo de voluntarios que se seleccione tendrá su completo apoyo y respaldo.

Después de seleccionar y organizar a los voluntarios en una red de monitoreo, reúna a los voluntarios con las autoridades locales para revisar los siguientes pasos claves:

- Descripción de los roles, funciones y responsabilidades de los voluntarios y líderes comunitarios.

- Desarrollo y firma de acuerdo(s) formal(es) de trabajo entre los individuos (voluntarios, líderes locales y el equipo de salud) para subrayar el compromiso de todas las partes con el programa con BCOI y sus objetivos de brindar servicios de salud equitativos a todos los miembros de la comunidad.
- Creación de un plan de acción. Este incluirá actividades concretas tales como capacitación previa, iniciación del censo, mapeo, numerado de casas y el comienzo de las visitas domiciliarias en cada comunidad meta.

¡Ahora, crealo o no apenas está empezando!

*Desarrollo y firma de acuerdo(s) formal(es) de trabajo entre los individuos (voluntarios, líderes locales y el equipo de salud) para subrayar el compromiso de todas las partes con el programa con BCOI y sus objetivos de brindar servicios de salud equitativos a todos los miembros de la comunidad.*



# CAPITULO V: Cómo Comenzar

40

Capítulo V

Para planificar, ejecutar, monitorear y evaluar las actividades del programa con BCOI exitosamente, hay tres conjuntos de actividades preliminares que deben llevarse a cabo. Estas son:

- Realizar un censo
- Realizar una de línea base comunitaria de conocimientos, prácticas y cobertura en salud
- Preguntar a la comunidad sus opiniones y preferencias con respecto a los servicios de salud

Realizar el censo mismo es el primer conjunto de actividades que incluirá un ejercicio de mapeo de las áreas meta y el número de viviendas, así como también recolectar información censal básica de todas las viviendas situadas dentro de los límites de las área(s) meta. Segundo debemos establecer una 'línea base' de la comunidad de los conocimientos, prácticas y cobertura de los servicios (como una encuesta de CPC) contra la que se deberá comparar los futuros avances del programa. Finalmente y de mucha importancia, le pediremos a la comunidad que nos de sus opiniones y preferencias, con respecto a los servicios de salud, incluyendo los tipos de servicios que desea, el acceso a los servicios y otros factores que pueden ser importantes para los líderes y miembros de la comunidad. Estos temas se presentan abajo en este mismo orden.

## Lleve a cabo el Censo

El enfoque con BCOI está basado en el reclutamiento de una población geográficamente definida. Un censo completo sirve como base para la planificación programática y para un buen análisis de la información, donde se conoce bien y se documenta correctamente la población. Esta información nos da un denominador adecuado para calcular las tasas y cobertura de servicios de mortalidad para las diferentes categorías de edad/sexo y para muchas otras mediciones de como se reciben los servicios de salud y cual es el estado de salud. *Y lo mas importante, muestra respeto a todos y cada uno de los miembros de la comunidad. El censo descansa en el principio de equidad: cada uno cuenta y todos son contados.*

*[Un censo completo]...muestra respeto a todos y cada uno de los miembros de la comunidad. El censo descansa en el principio de equidad: cada uno cuenta y todos son contados.*

El proceso del censo debe involucrar directamente a los miembros de la comunidad y a los voluntarios de salud. Antes del censo se requiere una serie de reuniones para informar a todos cual es su objetivo. Se debe preparar un plan de acción que incluye: cuando se llevará a cabo el censo, quien llevará a cabo el censo

(entrevistadores pagados y/o voluntarios comunitarios), las horas del día en que las entrevistas se llevarán a cabo y porque es necesario hacer un mapa del área y enumerar las casas. Se debe discutir y resolver con los líderes locales el consentimiento informado de los habitantes antes de proseguir.

Las tareas para realizar un censo son:

1. La planificación de las actividades de recolección de información
2. La capacitación de los recolectores y supervisores del censo
3. El mapeo de la comunidad
4. La recolección de información del censo y elaboración de carpetas para cada familia
5. La tabulación de resultados

## Planifique las Actividades de Recolección de Información

La ‘tarjeta familiar’ que se usa para llevar la información censal es un instrumento para recolectar información sobre cada miembro de la familia. Por lo general se lleva a cabo antes de que inicie el proyecto de salud y se actualiza cada año mediante una revisión de conteo rutinario. El censo puede realizarse a nivel del proyecto por miembros de la comunidad o/y líderes, trabajadores de salud, estudiantes de post grado u otras personas que sepan leer y escribir. Esto se lleva a cabo mediante una programación de visitas sistemáticas casa-por-casa para hacer entrevistas al nivel de familia. En este proceso, los datos del censo se escriben directamente en las tarjetas y estas tarjetas se usan por un período de 3-5 años.

*El censo puede realizarse a nivel del proyecto por miembros de la comunidad o/y líderes, trabajadores de salud, estudiantes de post grado u otras personas que sepan leer y escribir.*

La información básica del censo debe incluir:

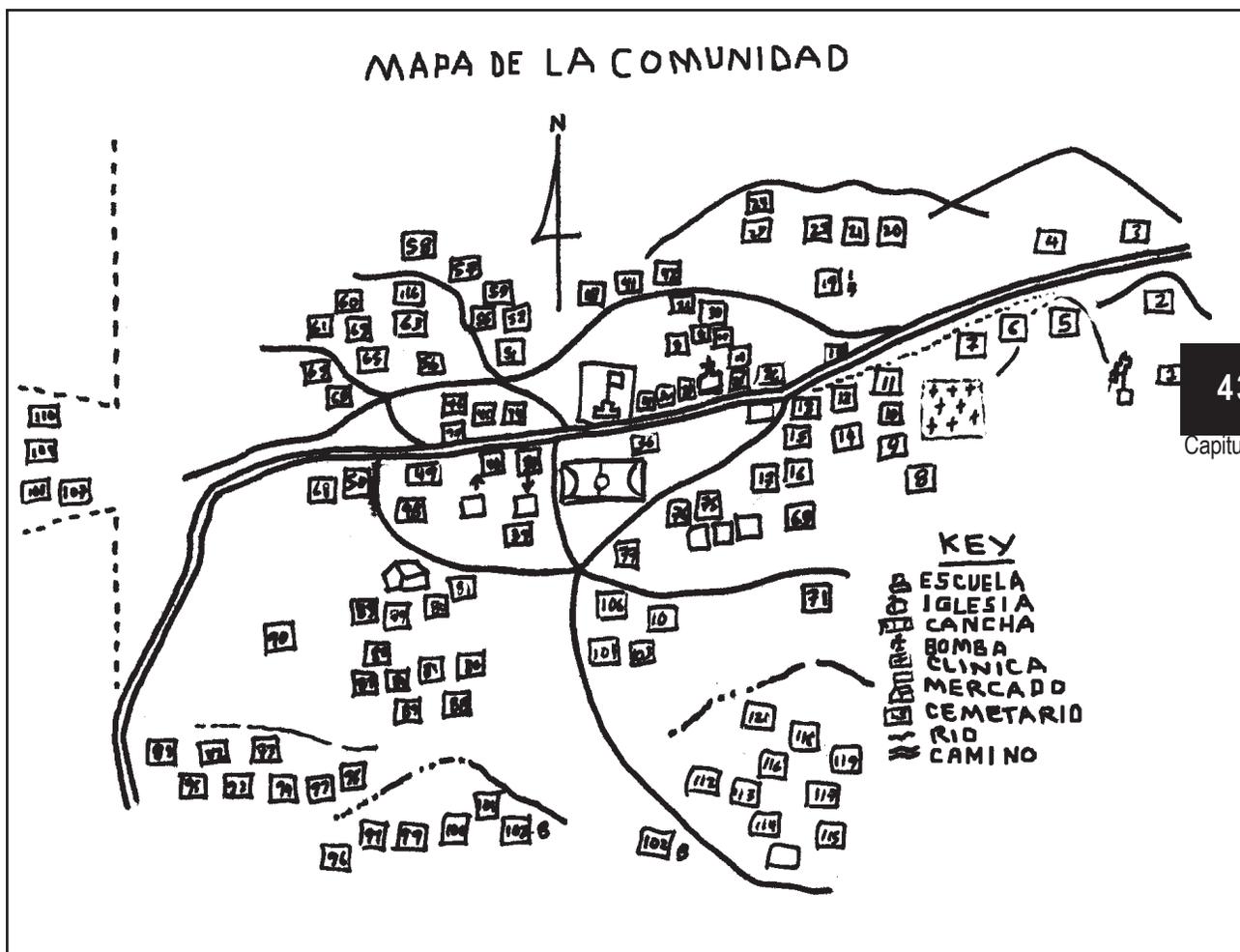
- Un localizador (una dirección estandarizada, que puede que se necesite crear)
- Un nombre familiar (cabeza de familia)
- Todos los habitantes de la vivienda: *sus nombres y relación con la cabeza de familia.*
- Fechas de nacimiento: *mes, día, año, usando procedimientos estandarizados para el archivo de información.* (Puede suceder que no conozcan las fechas de nacimiento, por lo tanto puede utilizar eventos del calendario, eventos históricos que sí recuerden, el día de la independencia, una sequía famosa, etc.).
- El sexo: masculino/femenino.
- La ocupación
- El nivel educativo: *se puede utilizar códigos para listar los niveles obtenidos con las fechas de conclusión, si es posible.*
- Estado de las inmunizaciones: *Por ejemplo, una “S” parar si, y si ya pasó la edad, entonces un “—” (guión) para cada vacuna recomendada por el MSP.*

También puede que le interese añadir a la tarjeta otra información de nivel familiar. Por ejemplo:

- Conocimientos sobre salud: *un espacio para las fechas que indiquen que se le aplicó un test oral sobre conocimientos de TRO e IRA o conocimiento y prácticas de higiene básicas*
- Situación ambiental de la vivienda: *información sobre acceso/uso del agua, eliminación de excretas humanas, o tipo de piso y/o ventilación del humo*
- Estatus socio-económico: *criterios establecidos por la comunidad, tales como número de animales que poseen, tamaño y condición de la casa, etc.*

En realidad en la tarjeta se puede recolectar todo tipo de información pero debe tener cuidado de no recolectar más información de la que puede acomodar. Además no querrá recoger información que sabe que será rápidamente obsoleta o que requerirá múltiples entradas. Por ejemplo, las tarjetas de monitoreo de crecimiento o los registros de desnutrición son medios más útiles de recolección de información sobre el estado nutricional, inscripción en actividades de educación y/o rehabilitación nutricional. Por último, la tarjeta familiar debe adecuarse cuidadosamente a cada proyecto, traducirse y probarse antes de ser utilizada.

Con toda seguridad, se debe elaborar mapas de las áreas de servicio meta y numerar las casas. Los mapas son necesarios para saber donde están localizadas las casas y los límites de las áreas de intervención. Es necesario numerar las casas antes del censo para que haya un sistema de localización. El mapa de la comunidad (o área de intervención) mostrará las estructuras principales, casas, puntos de referencia (tales como ríos y mercados) que son parte del área. Todas las casas deben tener un localizador sistemático. Si las casas no están ya numeradas, entonces en concordancia y con la colaboración de los líderes locales, las casas serán enumeradas siguiendo una secuencia acordada. Hay algunos retos cuando se enumeran las casas y cada uno debe discutirse con los líderes para tomar una decisión ya que esto es específico para cada comunidad. Por ejemplo algunos puntos que discutir pueden ser: estructuras bloqueadas, estructuras temporales para emigrantes o invasores, lotes vacíos, múltiples familias en una sola vivienda y estructuras futuras que pudieran construirse entre las casas numeradas.



## Capacite a los Recolectores de Información y a los Supervisores

La primera actividad de capacitación para el censo será definir los roles, normas y responsabilidades de los miembros del equipo. Los equipos censales deberán estar constituidos por:

- **Un Coordinador:** responsable por la dirección de todas las actividades relacionadas con la elaboración del mapa, la numeración de las casas y la realización del censo (aspectos logísticos, técnicos y organizativos).
- **Supervisor(es) de equipo(s):** responsable(s) por la organización y distribución de entrevistadores y de mantener la calidad de la información.
- **Recolectores de información:** responsables de la elaboración de los mapas, la numeración de las casas, las visitas a las viviendas, registro de la información en las tarjetas familiares y la creación de las carpetas familiares.

*El mapa de la comunidad (o área de intervención) mostrará las estructuras principales, casas, puntos de referencia (tales como ríos y mercados) que son parte del área.*

- **Persona a cargo de la logística:** maneja los materiales de oficina, el inventario y su distribución, meriendas y otros misceláneos.

Hay muchos otros detalles que resolver:

- Fijar las fechas para la capacitación de los participantes y la recolección de información
- Fijar un lugar y hora para la capacitación de los participantes. *Es importante fijar las fechas en cooperación con los líderes locales ya que ellos tendrán idea de cuando la gente del área de intervención estará disponible. También será importante notificar, con la aprobación de las autoridades locales, a las familias del área sobre el censo, para que estén enteradas sobre la actividad y estén disponibles en las fechas del censo.*
- Planificar la logística de la capacitación y la recolección de información. (Un cuadro simple para planificación puede ser como siguiente:)

*...Será importante notificar, con la aprobación de las autoridades locales, a las familias del área sobre el censo, para que estén enteradas sobre la actividad y estén disponibles en las fechas del censo.*

Cuadro de Planificación para el Mapeo y Censo	
Número de Mapas para hacer	
Número de casas para enumerar	
Número de días-personas para mapear y enumerar	
Número de personas para mapear y enumerar	
Número de viviendas para entrevistar	
Número de minutos por entrevista censal	
Número de entrevistadores	
Número de viviendas por entrevistador	
Número de entrevistas por día	
Número de días requeridos	

<b>Costos del Censo</b>	
Número de formularios	
Costo por formulario	
Número de entrevistadores x pago por formulario u honorarios por voluntarios	
Número de supervisores x pago por persona	
Costos de transporte local y comida	
Pago de Capacitación : _____x participante	
Materiales de Capacitación	
<b>Costo Total</b>	

Ahora, ya está listo para desarrollar un programa de capacitación, tomando en cuenta los siguientes temas: los diferentes roles y responsabilidades en la elaboración de un censo; la teoría básica del enfoque con BCOI concentrada en las metas del censo; y las destrezas de comunicación que garantizarán entrevistas de alta calidad, legibles y con información completa. La capacitación de los recolectores de información debe incluir etiqueta apropiada y saludos para que las familias no se sientan intimidadas ni preocupadas que sus respuestas puedan tener repercusiones políticas o económicas (tales como, que sean utilizadas para la creación de impuestos, o para el servicio militar) y que todas las respuestas serán consideradas confidenciales y para la planificación de un programa de salud solamente. Calculamos, basados en experiencia real, que el proceso completo del ejercicio de mapeo (incluyendo el numerado de las casas) y la elaboración del censo requerirá aproximadamente un mes.

### **Elabore un Mapa de la Comunidad**

Antes de llevar a cabo el censo, desarrolle un borrador(es) del área de intervención, basado en la observación, conocimiento de la comunidad y mapas políticos existentes. Forme equipos de mapeo, compuestos por lo menos de un recolector de información y una persona que le ayude con la numeración de las casas. También recomendamos asignar un supervisor por cada dos equipos. Instruya a su equipo en la secuencia adecuada del sistema de numeración de viviendas y asigne cada equipo por áreas de encuesta. Reparta materiales para mapeo y numerado de acuerdo al número de casas estimado en el área de cada equipo. (Es importante que cada equipo tenga una copia del borrador del mapa con los límites del área de intervención marcados). Pueden numerar las casas con brocha y pintura, utilizando una plantilla para que haya uniformidad. También hemos tenido excelente experiencia con placas metálicas pintadas localmente que pueden ser con mucho colorido y ser



*Instruya a su equipo en la secuencia adecuada del sistema de numeración de viviendas y asigne cada equipo por áreas de encuesta.... Pueden numerar las casas con brocha y pintura, utilizando una plantilla para que haya uniformidad.*

culturalmente apropiadas. Siempre busque la aprobación y permiso para numerar la casa.

## Recoja Información del Censo y Abra Carpetas Familiares

La recolección de información censal debe empezar inmediatamente después de la capacitación sobre el censo. A medida que pasa el tiempo los participantes pueden olvidar aspectos de la capacitación. Censar debe ser un trabajo de tiempo completo, en período razonablemente corto, dependiendo del tamaño del barrio o comunidad que se trate.

Cada equipo irá casa por casa y seguirá la secuencia de la numeración completada durante el ejercicio de mapeo. Los recolectores de información deben entrevistar a los/as cabezas de familias cuando así sea posible. Si no, se debe entrevistar a una persona adulta que pueda brindar información confiable. (Si no hay una persona adecuada accesible, será necesario determinar cuando será el mejor momento para regresar y completar la entrevista). La secuencia de las actividades es como sigue:

- Identifique y presente al/los entrevistador (es)
- Informe a la familia sobre el propósito del censo y su confidencialidad
- Pida los documentos que identifican a cada miembro de la familia. Por ejemplo: *tarjetas de identidad, cédula familiar, certificados de nacimiento, cédula de servicio militar, tarjetas de salud de los niños/as y las tarjetas de las mujeres que no estén embarazadas, entre otras.*
- Comience el proceso interrogatorio de la entrevista.

A medida que pregunta, vaya llenando el formulario de la carpeta familiar de acuerdo con las instrucciones. Verifique la exactitud de la información obtenida contra los documentos que solicitó (especialmente las fechas de nacimientos, edades y nombres). Cada familia debe tener su propia carpeta y número correspondiente, que reflejará el lugar o número de casa. Si en la casa vive más de una familia, cada una debe tener una carpeta con el mismo número pero se debe utilizar otro medio de identificación (letra o número) para diferenciar a las dos familias. Por lo general definimos como familia aquellos miembros de una vivienda que comparten la comida de la misma olla. Las familias pueden ser extensas (madre, padre, hijos, abuelos y primos) o nucleares (solamente los padres e hijos).

Durante la entrevista es importante investigar si todas las personas de la casa viven en ella o si hay algunos que están solamente de visita, para evitar incluir en el censo a gente que no es del área. El criterio para decidir si una persona es habitante de un barrio debe establecerse analizando con anterioridad el movimiento de la población general del área. Si el movimiento poblacional es alto, el período de tiempo de residencia debe ser más corto. Si el movimiento poblacional es bajo el tiempo de residencia deberá ser más largo. Por ejemplo: Si durante el censo encontramos a una familia o una persona que estará en el área por dos meses y el promedio de residencia es de dos años, no es importante incluir a esta persona en el censo. De todos modos la persona recibirá la misma atención básica que los que hemos

*Por lo general definimos como familia aquellos miembros de una vivienda que comparten la comida de la misma olla. Las familias pueden ser extensas (madre, padre, hijos, abuelos y primos) o nucleares (solamente los padres e hijos).*

censado. El aspecto más importante de la ‘regla para decidir’ residencia es la consistencia.

Al final del día, el supervisor a cargo debe revisar todos los formularios y cualquier error deberá ser corregido inmediatamente y los formularios incompletos deberán ser revisados revisitando la casa. Esto permitirá al supervisor monitorear varios equipos de recolección de información para asegurarse que al final de cada día de trabajo la información sea completa y exacta.

## Tabule de los Resultados

Inmediatamente después del censo, los entrevistadores tabularán manualmente los formularios. No deberá tardarse más de un día o dos. Se pueden diseñar formularios fáciles de usar, utilizando el método de palotes (lll). También ayuda mucho tener formularios claros y grandes. Tener algunas calculadoras de mano siempre ayuda mucho. El objetivo de esta tarea es transformar la información recolectada en información útil, para que los proveedores de salud y la comunidad puedan tomar decisiones enfocadas a reducir el riesgo de enfermedad de las familias de sus áreas. Para esta tarea siga los siguientes pasos:

**Crear cuadros para tabular-** Para este paso revise la información que se planeó recolectar con el censo originalmente. Como mínimo consolide la información respecto al: número de habitantes por edad y sexo en intervalos de cinco años para los mayores de cinco años y en intervalos menores para los menores de cinco años de edad. Los siguientes grupos etareos funcionan bien:

- 0-30 días
- 1-11 meses
- 12-23 meses
- 24 - 35 meses
- 36 -47 meses
- 48 - 59 meses
- 5 - 9 años
- 10 - 14 años
- 15 - 19 años
- 20 - 24 años
- 25 – 44 años (*o la edad tope nacional para las mujeres en edad reproductiva, si está diferente*)
- 45 – 64 años
- 65 años y mayores
- Nivel educacional de la población por edad y sexo (*tome en cuenta las siguientes posibles categorías: analfabetismo, primaria, secundaria educación superior*)
- Enfermedades reportadas con más frecuencia por grupos de sexo y edad.

*El objetivo de esta tarea es transformar la información recolectada en información útil, para que los proveedores de salud y la comunidad puedan tomar decisiones enfocadas a reducir el riesgo de enfermedad de las familias de sus áreas.*

- Número de muertes por edad y causa.

**Equipos de Tabulación de Formularios** - Se recomienda que todas las personas involucradas en la recolección de información censal también hagan la tabulación, para que puedan apreciar y valorar el producto final de sus esfuerzos. Se puede usar el siguiente proceso:

- Forme grupos de dos personas, una que dicte y la otra que escriba la información marcando con palotes los cuadros de tabulación.
- Cada grupo deberá tabular la información del sector o cuadra del cual es responsable para la recolección de información.
- Una vez que cada grupo termine, presentará los resultados a los otros equipos.

Después de presentar los resultados por cuadras o sectores, el coordinador del censo será responsable de consolidar los resultados finales para obtener información resumida sobre el área de intervención y él/ella deberá desarrollar un cuadro de población del área completo. Posteriormente, defina un sistema para archivar las carpetas de las familias que facilitará al personal de salud en su manejo. Entre otros aspectos, será importante identificar con claridad las carpetas familiares con factores de riesgo. (Ejemplo: escriba TB en rojo en el frente de la carpeta familiar.) Finalmente, el equipo deberá constatar la conformidad de las carpetas numeradas durante el censo con los mapas de las áreas. Hacer las correcciones necesarias a los mapas para que sean precisos y completos, y preparar las versiones finales que serán colocadas en un área pública.

## Lleve a cabo una Línea de Base Comunitaria de CPC

A este punto, ya hemos recolectado información importante que describe a la comunidad con la cual va a trabajar su programa de salud, y puede que ya haya obtenido alguna información básica pero limitada del estado de salud. Ahora queremos obtener información más profunda del estado de salud de la comunidad e identificar las causas más importantes de enfermedad y muerte. Esta clase de información se obtiene mejor a través de una muestra representativa en una encuesta (no un censo porque el tiempo y los recursos que implicaría), complementada con información recolectada a través de ‘grupos focales’ discusiones y entrevistas con representantes y actores claves de la comunidad. La información proveniente del proceso anterior le permitirá recoger las opiniones y preferencias de la gente a la que servirá su programa y será muy importante para conseguir la aceptación de la comunidad, uso del servicio y apoyo en el futuro.

Típicamente, en el contexto de países en desarrollo, encontramos que algunas categorías de individuos por edad y sexo están en mayor riesgo. Estos grupos por

*Típicamente encontramos que algunas categorías de individuos por edad y sexo están en mayor riesgo. Estos grupos por lo general incluyen niños/as menores de cinco años de edad y mujeres en edad reproductiva...*

lo general incluyen niños/as menores de cinco años de edad (especialmente desde el nacimiento hasta los dos primeros años de vida) y mujeres en edad reproductiva (15 – 49 años de edad, especialmente madres jóvenes en su primer embarazo y mujeres que han tenido muchos hijos/as). Esto se confirmará (o mostrará incorrecto) durante el análisis de la información de la encuesta de salud y en otras actividades para la recolección de información. Por tanto, es correcto que dirijamos nuestros esfuerzos a la recolección inicial de información en estas categorías de clientes, pero también hay que reconocer que siendo un servicio de APS, queremos complementar esta información con otras categorías de edad y sexo.

El enfoque más usual para la recolección de información dentro del contexto de la metodología con BCOI es realizar una encuesta de Conocimientos Prácticas y Coberturas (CPC) de una muestra representativa de madres con niños/as entre los 12 y 23 meses de edad. Esta encuesta se aplicará como una medición de línea base y después se aplicará otra vez para estimar el progreso hacia el logro de los objetivos de este programa de varios años. Afortunadamente, para diseñar y conducir esta encuesta hay excelentes materiales de referencia ya desarrollados y accesibles para su uso.

Puede encontrar información completa de como llevar a cabo una encuesta CPC en el portal de Internet: <http://www.coregroup.org>, o contactando directamente a CORE (300 I Street, NE, Washington, DC 20002, USA). Estos materiales le guiarán a través de todo el proceso para llevar a cabo una encuesta de CPC, desde la planificación hasta su análisis, informe y presentación. También, están documentadas las discusiones de los grupos focales, técnicas de entrevista y otras publicaciones accesibles para guiarse. Así mismo, hemos proporcionado una lista en la sección de Referencias y Recursos de este manual para su conveniencia. Es importante hacer énfasis que estas herramientas son flexibles y se adaptan a las necesidades de sus áreas meta y poblaciones.

Es fundamental apuntar que deberá agregar una serie de preguntas al instrumento de la encuesta CPC para interrogar a las madres sobre muertes ocurridas en su familia durante los últimos doce meses. (Se selecciona este periodo de tiempo porque las respuestas más allá del año tienden a ser menos confiables y los períodos menores del año generalmente no proporcionan casos para análisis.) Es típico que los resultados de este estudio retrospectivo sub-reportara el índice de muertes que han ocurrido. Esto sucede a causa de fallas de memoria, confusión con respecto a lo que es un aborto espontáneo, mortinato o muerte neonatal temprana, y una reticencia de la familia de proporcionar esta información a un/a extraño/a. Sin embargo la información resultante será muy útil para establecer *patrones* de muerte por categorías de edad y sexo, aún cuando las cifras no sean confiables para estimar las *tasas* reales de mortalidad. Esta información también puede ser utilizada para hacer una validación cruzada de la información sobre mortalidad recolectada durante el proceso censal. (Esto será discutido con mayor detalle en el capítulo nueve.)

# Pregunte a la Comunidad sus Opiniones y Preferencias

*Siempre existe el peligro de recargar la encuesta CPC con demasiadas preguntas, lo cual resultará en la disminución de la calidad de las respuestas de los entrevistados y a un largo análisis de la información por el equipo recolector.*

Las opiniones y preferencias pueden obtenerse como parte de la encuesta CPC, o al mismo tiempo a través de las discusiones en grupos focales y entrevistas personales con los miembros de la comunidad. Siempre existe el peligro de recargar la encuesta CPC con demasiadas preguntas, lo cual resultará en la disminución de la calidad de las respuestas de los entrevistados y a un largo análisis de la información por el equipo recolector. Las discusiones de grupo y las entrevistas, aun cuando no son estadísticamente representativas, con frecuencia brindan detalles más ricos que son útiles en la planificación programática. También podrá compartir los resultados de esta información durante las sesiones de retroalimentación a la comunidad en las que se solicitará y obtendrá aun más contribución.

Tipicamente los tipos de información que se puede recolectar con respecto a las opiniones y preferencias de la comunidad se incluyen parcialmente en la siguiente lista:

- ¿Que servicios básicos necesita su familia?
- ¿Dónde, que días y horas deberían estar disponibles estos servicios para su familia?
- ¿Qué opinión tiene de los servicios de salud existente?
- ¿Como es tratada(o) usted y su familia por parte del personal de salud cuando van a la unidad de salud más cercana?
- ¿Hay alguna razón por la cual no usaría los servicios de salud si algún miembro de su familia se enfermara?
- ¿De quién recibe recomendaciones de salud cuando alguien de su familia se enferma?
- ¿Que recomendaciones haría para mejorar el servicio de salud existente?

En el siguiente capítulo discutiremos como toda la información recolectada en el censo y en la evaluación de salud de la línea base, se consolida y se utiliza para planificar e implementar los servicios con BCOI. Es allí donde la contribución inicial de la comunidad durante las actividades de recolección de datos de la línea de base se retroalimentará a los miembros de la comunidad y se buscará más participación para la programación e implementación.





# CAPITULO VI: Armando las Piezas

52

Capítulo VI

## ¿Cuales son las Enfermedades Más Frecuentes, Graves, Prevenibles o Tratables?

Al finalizar las actividades descritas en los capítulos IV y V, ¿Que sabemos?

- La localización de todas la viviendas en las áreas de servicio geográficamente definidas
- El total de la población (el ‘denominador’)
- Las edades y los géneros de todos los miembros de las familias
- La carga de enfermedades de la población (las enfermedades más frecuentes)
- Las causas más frecuentes de la mortalidad por sexo y edad
- Las estadísticas de cobertura del servicio de salud
- Las preferencias y prioridades de las comunidades

*... su equipo de salud está preparado ya para identificar esas familias que están en mayor riesgo de enfermedad y muerte.... [y] desarrollará criterios con los cuales los trabajadores de salud locales podrán orientar sus servicios y recursos.*

Con la recolección y tabulación de ambos, el censo y los datos de salud; su equipo de salud está ya preparado para identificar a esas familias que están en mayor riesgo de enfermedad y muerte. A su vez, su personal de salud desarrollará criterios con los cuales los trabajadores de salud locales podrán orientar sus servicios y recursos. Recomendamos que se realice una reunión para analizar la información que se encontró en el censo, la encuesta de salud y otras fuentes. En esta reunión, el gerente del programa y/o el coordinador de campo puede(n) facilitar el proceso de análisis con la participación de los equipos de entrevistadores y los miembros del personal de salud. El análisis de la información tabulada se concentrará en el desarrollo de una definición inicial de criterio de alto riesgo para que esta sea considerada por el programa de salud y la comunidad. Algunos criterios posibles de alto riesgo podrían ser:

- Familias con niños/as menores de cinco años de edad. *Como alternativa, basada en la información podría decidirse definir más estrictamente este criterio e incluir familias con niños/as menores de dos o tres años de edad.*
- Familias con un infante menor de un año
- Familias en las cuales hay mujeres en edad reproductiva

- Familias en las cuales ha muerto una mujer por complicaciones del embarazo, parto o durante el período neonatal o familias en las cuales ha ocurrido una muerte neonatal
- Familias en lugares geográficos donde aparece(n) particularmente alto(s) riesgo(s) de salud (por ejemplo las montañas versus los valles)
- Hogares de madres o padres solteros
- Familias viviendo en condiciones socio-económicas relativamente pobres (comparada con el resto del área de intervención), tales como: limitado o ningún acceso a agua potable; sin letrinas u otros recursos sanitarios; malas condiciones de vivienda; oportunidades limitadas para su sustento; acceso limitado a la educación, y otras similares. *(Estas categorizaciones estarán basadas en datos disponibles para su equipo)*

Muchas sociedades valoran a sus viejos y les darán una categoría de alto riesgo aunque las muertes sean relativamente raras (en proporción a la población total) y la prevención de muertes difícil de lograr. Otros pueden estar preocupados por las familias que tienen uno solo de los padres o de las familias en las que se sabe hay violencia doméstica, abuso y/o alcoholismo. Todas estas son consideraciones importantes y el personal del programa reconocerá y aceptará abiertamente estas prioridades locales y las sopesará contra las prioridades de las organizaciones de financiamiento, el MSP y la evidencia de la información que acaban de recolectar.

Una vez que los criterios de alto riesgo se han determinado, su equipo deberá estimar el número y porcentaje de familias que pertenecen a cada uno de los criterios definidos y la prioridad relativa de estos criterios o categorías de riesgo. Es decir, ¿que categorías de familias de alto riesgo recibirán cuales servicios y en que orden de prioridad? Esto podría ser menos difícil de lo que al principio parece. Por ejemplo, en Bolivia, Curamericas y su ONG socia desarrolló la siguiente guía para visitar las familias:

- Seis visitas por año a cualquier familia con niños/as menores de dos años de edad
- Tres visitas por año a las familias con niños/as entre dos y cinco años de edad o para las familias con mujeres en edad reproductiva
- Una visita al año a todas las viviendas para actualizar el censo para hacer uso de esa información en la planificación y evaluación y además para compartir información sobre el programa de salud con los miembros de la comunidad (incluyendo los servicios clínicos y precios)

Las personas que estarán a cargo de implementar el programa de salud, incluyendo a las que están a cargo de áreas de servicio definidas (con frecuencia se denominan “sectores de servicio” a un área designada bajo la responsabilidad de una sola persona), deben involucrarse activamente en esta tarea apoyados por el personal de mayor jerarquía y también por los voluntarios de salud. Estas personas deberán empezar por seleccionar las carpetas de las familias con uno, o mas factores de riesgo, y marcar en el mapa las casas donde estas familias viven, o creando una lista de familias de alto riesgo por criterios de riesgo. La preparación de estos materiales

y el borrador de la guía le darán una base excelente sobre la cual se puede discutir con los miembros de la comunidad sobre las prioridades, actividades y responsabilidades de los servicios de salud.

## Proporcione a las Comunidades Retroalimentación sobre el Estudio de la Línea Base y Solicite sus Comentarios

*Informar a la comunidad sobre los datos recolectados es un paso muy importante para construir y mantener una relación de confianza con las comunidades a las que sirve.*

Informar a la comunidad sobre los datos recolectados es un paso muy importante para construir y mantener una relación de confianza con las comunidades a las que presta servicios. También es la clave para generar análisis, discusión e interés comunitario en la participación de las soluciones de los problemas de salud que tienen en común. Esta actividad incluirá la presentación de información estadística básica de forma clara y sin complicaciones, lo que facilitara un diálogo abierto y mayor análisis, como también la utilización de esta información y análisis en la toma de decisiones y recomendaciones por parte de la comunidad.

El intercambio de información puede llevarse a cabo con distintos grupos y en muchos sitios diferentes. Lo ideal es hacer esta reunión con toda la comunidad pero también se puede trabajar con grupos de líderes locales y con grupos comunitarios existentes (grupos de mujeres, grupos de jóvenes u otros similares). Es más, puede resultar imposible reunir a toda la comunidad al mismo tiempo y es poco probable que los miembros de la comunidad se sientan cómodos compartiendo sus ideas en este contexto. El personal de salud y los líderes comunitarios deben participar activamente en el proceso, bajo la supervisión del gerente del programa y/o el coordinador de campo.

Pónganse de acuerdo con la gente del barrio o los líderes de la comunidad para fijar una fecha, lugar y hora de la/s reunión/es y asegúrese que tiene todos los recursos necesarios (espacio, sillas, electricidad, etc.). Si es posible, aproveche las oportunidades existentes, cuando se reúne la comunidad o cuando se reúnen los grupos comunitarios. La reunión debe realizarse tan pronto como se tabule la información y se ha identificado y localizado en el mapa a las familias de riesgo.

Prepare y decida que técnicas educativas utilizará para presentar la información. (Vea al final de este capítulo la sección Presentación de Resultados Cuantitativos.) Utilice herramientas gráficas visuales para que la presentación sea entretenida y fácil de entender. Seleccione y presente cuidadosamente los resultados que se generaron durante la tabulación y análisis de la línea base y los criterios para definir las familias de alto riesgo, tales como:



*Utilice herramientas gráficas visuales para que la presentación sea entretenida y fácil de entender.*

- El número de habitantes por edad y sexo
- El porcentaje de familias con niños/as menores de cinco años de edad
- El porcentaje de familias que tienen mujeres en edad reproductiva
- Las principales enfermedades que afectan a las familias de la comunidad y los grupos de edad afectados con mayor frecuencia. *(En el caso de enfermedades como diarrea e infecciones respiratorias agudas, podrá informar basándose en los resultados de la encuesta de CPC sobre la proporción de niños/as entre los 12-23 meses de edad que estuvieron enfermos en las dos semanas anteriores a la encuesta. Estas cifras pueden parecer sorprendentemente altas a los miembros de la comunidad.)*
- Las principales causas de muerte y las categorías por edad/sexo más afectadas.

En esta reunión, deberá discutir que acciones se deben tomar como resultado de la identificación de estos problemas de salud. Pida a los miembros de la comunidad que den sus comentarios y sugerencias y si están de acuerdo con las intervenciones recomendadas. Lo ideal es que la comunidad sienta una responsabilidad compartida para los planes que se discuten y formulen durante esta reunión.

## ¿Que Intervenciones son Necesarias y Asequibles?

Después de que haya completado esta serie de reuniones de retroalimentación, su programa de salud y las comunidades metas están listas para planificar el primer año de actividades programáticas. Se debe realizar otra ronda de reuniones en cada una de las comunidades. Es mucho trabajo, pero es muy importante para continuar desarrollando el compromiso e involucramiento de la comunidad. Sugerimos que también estén presentes los líderes locales apropiados y los voluntarios de salud. Los pasos a seguir para esta tarea son:

- Reúna a los participantes en una fecha específica.
- Tenga a la mano la información y los resultados de los pasos anteriores, incluyendo las enfermedades prevalentes, causas de muerte, criterios de riesgo y el número de familias en riesgo.
- Prepare un cuadro de planificación utilizando las enfermedades prevalentes o problemas de salud que se hayan identificado. La siguiente matriz es un ejemplo:

¿QUÉ PROBLEMAS DE SALUD/ ENFERMEDADES AFECTAN MÁS A LAS FAMILIAS?	La mayoría de las muertes son causadas por la diarrea
¿QUÉ GRUPOS DE EDAD SON LOS MÁS AFECTADOS?	Niños/as menores de dos años
¿QUÉ PODEMOS HACER PARA RESOLVER ESTOS PROBLEMAS?	Durante las visitas bimensuales a las familias con un/a niño/niña menor de dos años compartiremos información de cómo evitar diarreas y que hacer cuando ocurre.
¿QUIÉN ESTÁ ENCARGADO DE ESTA ACCIÓN?	Trabajadores de salud comunitarios y voluntarios de salud
¿CUANDO VAMOS A HACERLO?	Cada dos meses, empezando ahora
¿CÓMO SABREMOS SI ESTAMOS IMPLEMENTANDO ESTAS ACCIONES?	Revise la hoja de visitas en la carpeta familiar; revise cuantas veces han sido contactados respecto a TRO, lavado de manos e higiene.

*Durante estos talleres, el gerente del programa y/o el coordinador de campo deben facilitar las actividades, para asegurar que todos los presentes tengan la oportunidad de participar y expresarse.*

Durante estos talleres, el gerente del programa y/o el coordinador de campo deben facilitar las actividades para asegurar que todos los presentes tengan la oportunidad de participar y expresarse. Los resultados claves de cada reunión deben incluir:

- Metas y objetivos establecidos
- Poblaciones meta específicas
- Principales actividades planificadas
- Grupos de individuos responsables de la ejecución de estas actividades identificadas
- Proceso de monitoreo general acordado

Para que su programa pueda crear planes anuales funcionales (y más tarde planes de trabajo, trimestrales, y mensuales para el personal), se necesitará mucho más trabajo por parte de su equipo después de completar esta ronda de reuniones. Sin embargo, el esquema general del programa estará diseñado y es ahora cuando los detalles de implementación y monitoreo deben ser elaborados.

Usted y su personal revisarán todos los objetivos del programa y se asegurarán de que los problemas de salud identificados y ratificados por la comunidad puedan ser atendidos con los recursos que disponga el programa y la comunidad. Es más, estos objetivos deben estar escritos en forma consistente, como por ejemplo; oraciones declarativas que comiencen con un verbo de acción e incluyan indicadores y metas mensurables. La gama de intervenciones

de APS que debe ser considerada puede parecer enorme, pero aún así, debe ser revisada y ratificada concientemente por los miembros de su equipo de salud.

Con toda seguridad, habrá mucho énfasis en los niños/as menores de dos años de edad y mujeres en edad reproductiva. Las intervenciones que deben considerarse en relación a estos grupos de edad deben incluir: manejo integrado de enfermedades prevalentes infantiles de base comunitaria (AIEPI-C, o las intervenciones separadas derivadas: diarrea, neumonía, malaria, sarampión y desnutrición); enfermedades de transmisión sexual (ETS, incluyendo VIH/SIDA); salud materna y reproductiva; planificación familiar; atención pre y post natal; nacimientos y partos; manejo de emergencias obstétricas, e higiene personal y familiar, entre otras.

Más allá de la población meta de madres y niños/as, su equipo debe considerar la prestación de servicios a una población más amplia, que podría incluir una gama de temas de atención de salud primaria tales como: accidentes y emergencias médicas, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, cuidados dentales, cuidados de la piel, entre otros.

Por último su personal tendrá que considerar las intervenciones de salud pública que no sean de naturaleza clínica ni médica, sino más en el orden de desarrollo comunitario para enfrentar a las causas subyacentes sociales y ambientales de la mala salud. Estas podrían ser: la introducción de tecnología apropiada como bombas manuales para el acceso al agua, sistemas de purificación de fuentes de agua locales, letrinas, estufas eficientes que minimicen la contaminación de humo dentro de las viviendas, viveros de bajo costo; bancos comunitarios; grupos para alfabetización de mujeres; y manejo de ganadería y reproducción animal. Estos tipos de intervenciones son mejor manejadas por otras instituciones gubernamentales u ONGs que verían con agrado la oportunidad de coordinar esfuerzos con una agencia de salud que mide sus resultados y que les facilitará el acceso a las comunidades y sus líderes.

Las intervenciones de salud incluirán adecuada educación preventiva en salud y normas médicas, protocolos y prácticas establecidas por el MSP para el país donde el programa está siendo implementado. Idealmente, debería contactarse regularmente a las familias de alto riesgo por lo menos cada dos meses, e incrementar la frecuencia de las visitas en caso de enfermedad. Por la cantidad significativa de recursos que se necesita, sugerimos que se utilicen los criterios de riesgo anteriormente establecidos para planificar la frecuencia de los contactos. Estos contactos se efectuarán a través de visitas domiciliarias, reuniones de grupo, tal vez mediante grupos de autocuidado y a través de visitas de los clientes a las clínicas/ puestos de salud. Las familias deberán ser animadas a buscar atención en las

*Su personal tendrá que considerar las intervenciones de salud pública que no sean de naturaleza clínicas ni médicas, sino más en el orden de desarrollo comunitario para enfrentar a las causas subyacentes sociales y ambientales de la mala salud.*

*Utilice rotafolios, mapas, dibujos y fotografías de personas mayores, niños y niñas, hombres y mujeres con los tipos de enfermedades (y causa de muerte) que se identificaron en el diagnóstico de línea base.*

unidades de salud tanto como sea posible, para reducir los costos asociados a las actividades que tenga que hacer el personal fuera de la unidad. Buscar atención inmediata es también muy importante en el caso de algunas enfermedades, tales como neumonía, en el cual la identificación rápida de los signos de peligro y el tratamiento apropiado son con frecuencia esenciales para la sobrevivencia.

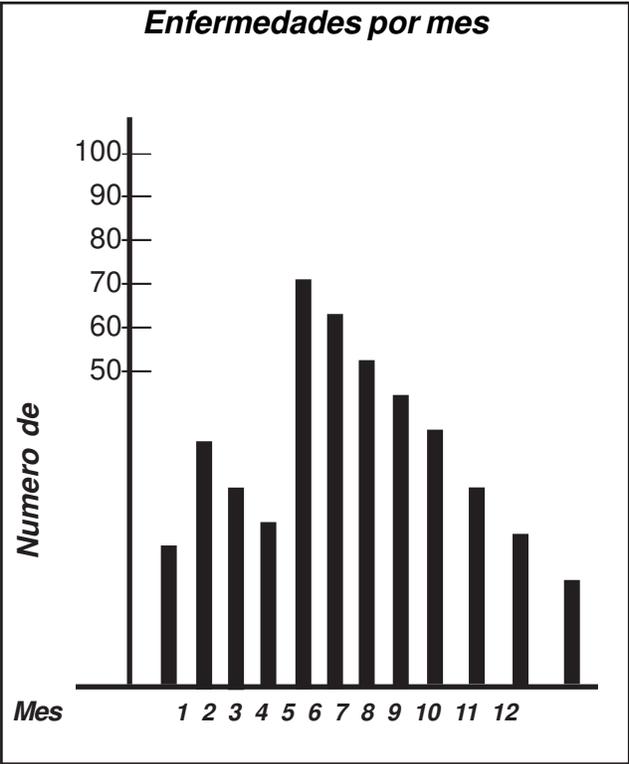
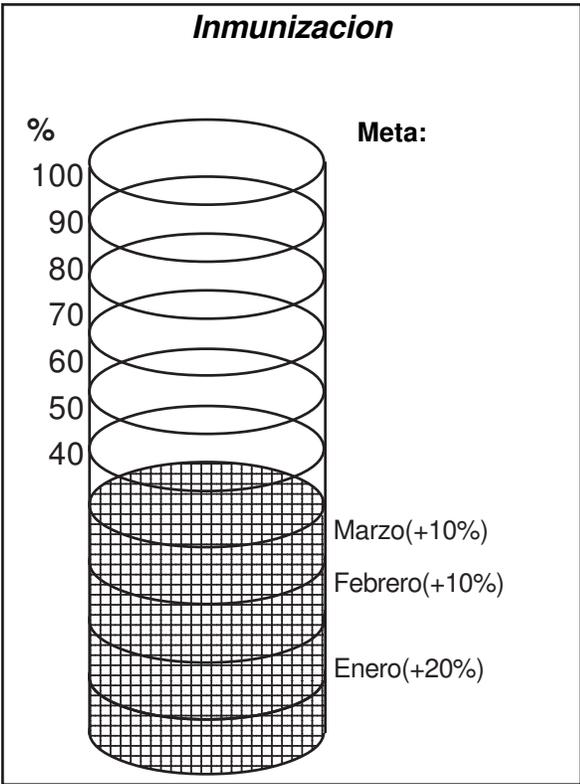
El plan de trabajo anual completo será la base para todas las actividades del programa, para el monitoreo, supervisión y evaluación. Sugerimos que establezca un ciclo anual de planificación y evaluación. También es deseable la planificación trimestral y mensual del personal que la discutiremos en el Capítulo IX. Por último, recuerde que planificación de este tipo no quiere decir que en el transcurso de un año no se pueda efectuar cambios y ajustes. Igual que los presupuestos, estos planes son ‘obras en proceso’ sujetas a cambios cuando así sea concensuado y necesario.

## **Presentación de Resultados Cuantitativos**

Para que la comunidad se involucre en la toma de decisiones, necesitarán información que debe ser presentada a ellos en forma clara y concisa, y la mejor manera para que los resultados sean bien comprendidos, es mostrarlos en forma gráfica. La información no debe ser presentada en forma de discurso, conferencia o clase. Esté preparado para mezclar estilos de presentación visual (es decir, mapas, gráficas de barras, cuadros de figuras, etc.) durante toda la reunión para evitar repeticiones y la eventual pérdida de interés. El tono de voz, los gestos y movimientos deben ser naturales y en forma de conversación, para estimular interés y más debate.

Utilice rotafolios, mapas, dibujos y fotografías de personas mayores, niños y niñas, hombres y mujeres con los tipos de enfermedades (y causa de muerte) que se identificaron en el diagnóstico de línea base. Es importante que los porcentajes sean expresados en forma fácil de entender. Por ejemplo, si 30 por ciento de la población de un barrio es menor de dos años de edad, una forma más fácil de expresarlo sería “de cada diez personas del barrio, tres son niños/as menores de dos años.” O podría representar porcentajes utilizando artículos comunes de uso diario, tales como pan de pita, una papaya o melón, una vara larga pintada o con cinta adhesiva de colores o utilizando figuras de rayitas. Las cifras también deben compararse con las estadísticas nacionales. Visite el portal: <http://www.measuredhs.com/>.

La información numérica puede exhibirse antes de las reuniones en los centros comunitarios, edificios locales y centros educativos tradicionales para que el público en general pueda revisar los resultados previos la reunión. Estas mismas presentaciones se pueden conservar y mantener actualizadas para que sirva a la comunidad como “marcadores” y para registro del progreso del programa una vez comenzado. Estos marcadores se verán así:



Después de presentar los resultados preliminares, será importante generar reflexión y participación entre los participante. Hay algunas técnicas sencillas que pueden ayudar:

- Utilice preguntas abiertas para verificar la comprensión: ¿Por qué? ¿Cuándo? ¿Cómo?

*El facilitador siempre tiene presente el objetivo de la reunión (generar contribuciones útiles por parte de la comunidad) para evitar que la discusión se salga del tema.*

- Motive la discusión y análisis con preguntas estimulantes:
  - “Entonces, ¿qué significa esta información?”
  - “¿Alguien ha tenido un problema similar?”
  - “¿Por qué está pasando esto?”
- Anime la participación de todos los presentes, no solamente de una o dos personas. *Una pregunta que puede facilitar esto es: ¿Qué piensan las mujeres (u otro grupo que esté muy callado)? Otra forma de estimular la participación es valorar la contribución de la persona cuando hable.*
- Evite las discusiones privadas. *Algunas veces dos o más personas empiezan a discutir entre ellas. En este momento puede decir, “Escuchemos a los demás”.*
- El facilitador siempre tiene presente el objetivo de la reunión (generar contribuciones útiles por parte de la comunidad) para evitar que la discusión se salga del tema.





# CAPITULO VII: Contacto con los Clientes

62

Capítulo VII

*... visitas domiciliarias, un enfoque que brinda la mejor oportunidad para entender las necesidades de salud del cliente y enfrentarlas apropiadamente, utilizando educación en salud preventiva, atención directa en el hogar y referencia a la unidad local de salud.*

Hay tres medios fundamentales a través de los cuales el personal de una institución de salud y los voluntarios pueden llegar a su población meta y a sus clientes individuales. La primera es a través de visitas domiciliarias, un enfoque que brinda la mejor oportunidad para entender las necesidades de salud del cliente y enfrentarlas apropiadamente utilizando educación en salud preventiva, atención directa en el hogar y referencia a la unidad local de salud. Es también la que requiere más trabajo intensivo y por lo tanto la alternativa más cara. Las reuniones de grupo son una segunda estrategia que las agencias que han implementado BCOI han utilizado para llegar a grupos de individuos y familias. Estas reuniones de grupo ofrecen servicios básicos de salud a un mayor número de personas y, al mismo tiempo, es un abordaje más costo-efectivo. La personas que no se atienden en las reuniones de grupo (esto quiere decir que se espera pero que no llegan) son contactadas en las visitas domiciliarias. Finalmente, las agencias con BCOI han empezado a utilizar ‘grupos de auto cuidado’, este es un enfoque basado en voluntarios pares que promete alcanzar grupos meta de alto riesgo (tales como mujeres en edad reproductiva) en forma efectiva y costo-eficiente. Abajo se discutirá cada uno de estos enfoques.

## Visitas Domiciliarias

El trabajador comunitario de salud (TCS) y el voluntario de salud que efectúan las visitas deben llenar varios roles “ponerse muchos sombreros” en una visita domiciliar típica. El/ella puede ser educador, capacitador, motivador, agente de cambio, un recurso para referencias, solucionador de problemas, amigo y recurso de apoyo moral. Al situarse en cualquiera de los roles anteriores el/ella seguirá un protocolo diseñado por su programa como sigue:

- Revise el estado de salud de la familia
- Refuerce los comportamientos que protegen y benefician
- Brinde educación a la familia sobre comportamientos de salud que deben adoptarse y practicarse (tales como, temas sobre el uso de TRO, como reconocer los signos de peligro de la neumonía, la importancia de la higiene personal, el acceso al agua potable y servicios sanitarios)
- Lleve información exacta y actualizada de educación y salud
- Recoja información demográfica exacta y actualizada (censal y de eventos vitales)



- Ofrezca atención, guía y apoyo para empoderar a los miembros de las familias a tomar la responsabilidad de su propio bienestar

Las visitas domiciliarias deben realizarse por lo menos trimestralmente (cada tres meses) para que se pueda reforzar con efectividad los mensajes de cambios de comportamiento. Dependiendo de quienes constituyen la población meta, serán necesarias visitas mensuales (por ejemplo, un niño/a que no está creciendo). Sabemos que en los tres meses siguientes muchos cambios de salud pueden ocurrir. Un niño puede no ganar peso durante tres meses consecutivos. Esta es una señal de que se necesita actuar rápido para ayudar a la familia a combatir los problemas nutricionales subyacentes del niño/a e incrementar la frecuencia de las visitas para monitorear como progresa. Una mujer puede embarazarse y deberá buscar atención prenatal regular y desarrollar un plan de parto (especialmente si planea tener su parto domiciliario). Cuando el bebé nace, debe ser monitoreado cuidadosamente durante el primer mes de vida y recibir todas la vacunas que se recomiendan en el primer año. En una familia hay muchos aspectos de salud que requieren atención inmediata. Como dicen algunos, el nombre del niño/a es “¡Hoy!”

Hay tres tipos de visitas domiciliarias:

- Visitas de rutina
- Visitas de seguimiento para los pacientes enfermos
- Visitas con propósitos especiales, tales como actualización del censo, llevar a cabo una autopsia verbal, o realizar un estudio como una encuesta CPC.

Los pasos a seguir durante una visita domiciliar por lo general son los siguientes:

## **Planee las Visitas Domiciliares de Acuerdo con la Necesidad y Riesgo de Salud Utilizando las Carpetas Familiares**

- Para cualquier día de trabajo, revise cada carpeta familiar que utilizará durante la visita. Dependiendo del calendario de trabajo mensual de la persona estas pueden ser cualquiera de los tres tipos apuntados arriba o una combinación de los tres. Verifique que todas las partes de la carpeta estén completas (tarjeta de la familia, hojas de visita, tarjeta de salud del infante, tarjeta de planificación familiar, tarjetas de las mujeres no embarazadas, etc.). Si hace falta algún formulario, haga una anotación para actualizar el archivo durante la visita.
- Prepare material adicional que va a utilizar durante la visita. El tipo de materiales depende de quien va a realizar la visita y de la razón por la cual se está efectuando la visita. Por ejemplo, si la visita va a efectuar un voluntario comunitario, es importante que prepare las carpetas familiares, material educativo y bolígrafos. Si la visita va a ser efectuada por un miembro del personal de salud (enfermera o médico), el/ella debe llevar carpetas de familia, medicinas básicas y otros materiales.

*Las visitas domiciliarias deben realizarse por lo menos trimestralmente ... para que se pueda reforzar con efectividad los mensajes de cambios de comportamiento.*

*... estas reuniones se pueden combinar con reuniones que se deberían realizar (tales como reuniones de clubes de madres en Bolivia) o pueden llevarse a cabo como eventos especiales de salud.*

## Durante la Visita Domiciliaria el Visitador Debe:

- Entrevistar a un adulto responsable miembro de la familia
- Indagar si algún miembro de la familia tiene problemas o necesidades de salud (tales como, diarrea, neumonía, una mujer embarazada, o necesidad de planificación familiar). Si hay algún problema se debe resolver en ese momento si el visitador es un profesional de salud. Si el visitador es un voluntario de salud, el/ella debe proseguir con el proceso educativo (a menos que el problema sea una emergencia) y hacer una referencia para que la persona vaya a la unidad de salud local. Al finalizar el día de trabajo (o tan pronto como sea posible, de acuerdo con la severidad del problema de salud), el voluntario debe notificar al personal de salud sobre la situación de la familia para que puedan tomar las acciones necesarias.

## Reuniones de Grupo

Una segunda alternativa para reunirse con los clientes en forma proactiva ‘afuera de las paredes de la clínica’ es fijar puntos de reuniones periódicas con grupos de personas para ofrecer un paquete de servicios de salud y sesiones educativas. Nuestra experiencia es que estos grupos se componen de mujeres y niños/as menores de cinco (o dos) años de edad pero en realidad la composición de estos grupos podría variar, dependiendo de las necesidades de salud de la comunidad y de las prioridades y recursos del programa salud. Además estas reuniones se pueden combinar con reuniones que se deberían realizar de todas maneras (tales como reuniones de clubes de madres en Bolivia) o pueden llevarse a cabo como eventos especiales de salud (como los ‘puestos de salud’ en Haití).

Las reuniones de grupos se caracterizan por concentrarse solamente en servicios previamente seleccionados y acciones que pueden realizarse en tiempo relativamente corto y con solamente un cierto número de familias al mismo tiempo. Los servicios típicos que se ofrecen a las mujeres y sus hijos/as pequeños/as incluyen: monitoreo de crecimiento; promoción de lactancia materna exclusiva; preparación y demostración de alimentación complementaria y comidas de destete; inmunizaciones; distribución de Vitamina A; desparasitación; consultas de AIEPI-C; educación en salud preventiva; tratamiento sintomático de enfermedades pre-seleccionadas (tales como neumonía y diarrea) y referencias.

En el ejemplo desarrollado abajo (Haití, FOCAS, 2002), vemos que el 75 por ciento de los niños/as contactados por el agente de salud en un mes (180 contactos) pudo ser hecho durante tres puntos de reuniones (PRs), y el restante 25 por ciento de los contactos (59) ocurrió durante visitas domiciliarias de seguimiento.

## Calendario Revisado de Contactos por Trabajadores de Salud

Por Agente de Salud:  
> 100 niños/as 0-11m de edad  
> 100 niños/as 12-23m de edad  
**Total de 200 niños/as 0-23m por Agente**  
**(= 6,724 niños/as / 34 agentes)**

Rendimiento por puntos de reuniones con dos trabajadores y ocho minutos por niño por trabajador = ocho niños/as /hora.  
*Cada niño recibirá alrededor de 15 minutos de atención.*

### Contactos por Puntos de Reuniones (basados en 90% de 200 niños/as)

No. Estimado de Niños/as	Grupo de Edad	PRs Contactos/Mes	Total No. Contactos/Mes
8	0 m	1	8
22	1-3 m	1	22
60	4-11 m	1	60
90	12-23 m	0.5	45
<b>TOTAL 180</b>	-	-	135

### Visitas a Niños/as Enfermos (0-59m)

- Neumonía, 0-59m:  $2.5\% \times 500 = 13$  visitas
- Diarrea con deshidratación  $5\% \times 500 = 13$  visitas
- Desnutrición (3M, o no sube de peso en 3m consecutivos):  
 $1\% \times 500 = 5$  visitas

*Total visitas por enfermedad / mes: 31*

### Otras Visitas

- Visitas a recién nacidos, 8 recién nacidos x 1 visita/mes = 8 visitas/mes
- Visitas a mujeres embarazada (tres veces durante el embarazo), 20 mujeres embarazadas  
 $\times 0.33$  visitas/mes = 7 visitas/mes
- Consejería para planificación familiar,  $200 \times 40\% \times 0.16$  visitas/mes = 13 visitas/mes

*Total otras visitas / mes: 28*

**Total Estimado de Contactos por Puntos de Reunión  
por Agente por Mes: 180**

**Total Estimado de Visitas Domiciliarias por Agente por Mes: 59**

Para hacer esto, cada Agente llevará a cabo tres (PRs) por mes en su área con un promedio de 45 niños/as llegando a cada punto. Otro TCS asistirá a uno de estos (PRs), y un Supervisor atenderá los otros dos (PRs). Las tareas se compartirán por igual entre los dos trabajadores para lograr atender ocho niños/as/hora. Para realizar su propio PR tomará tres días de un mes, y uno adicional para asistir a uno de los otros puestos de los agentes de salud. En otros días se llevará a cabo 59 visitas domiciliarias.

**Para un Mes de 21 Días de Trabajo, el Tiempo del  
Agente se Verá Así:**

- 2 días - anunciando y planificando (su propio) punto de salud
- 4 días - visitas a los puntos de salud
- 9 días - en visitas domiciliarias extensas (cerca de 6-7 madres / día)
- 2 días - en reuniones
- 3 días - para capacitación
- 1 día - para archivar / informar

Es crítico maximizar la asistencia a las reuniones de grupos, porque el incremento del número de participantes ausentes pero asistentes planificados, significa hacer más visitas domiciliarias posteriormente. Al incrementar el número de contactos domiciliarios que se deberá hacer, disminuye la efectividad de las reuniones. La cultura, hábitos y prácticas pueden influir en la asistencia a las reuniones y se debe tener en cuenta. Por ejemplo, tener reuniones en los días de mercado puede aumentar la cantidad de madres y niños/as en la aldea, lo que aumentará la oportunidad de ofrecer servicios grupales.

## Grupos de Auto Cuidado

Los “grupos de auto cuidado” es una estrategia relativamente nueva, reportada por primera vez por World Relief en su trabajo en Mozambique durante la década de los 90, inicialmente desarrollada en respuesta a la necesidad de reportar monitoreo programático de calidad entre la población de voluntarios con poca educación. (Welsh, 2000) World Relief pronto se dió cuenta de que los resultados positivos de esta estrategia sobrepasaban con creces las expectativas iniciales de mejoramiento en los informes programáticos.

La metodología es atractiva, tanto para el personal del proyecto como para los miembros de la comunidad por varias razones. Melanie Morrow de World Relief explica que cada voluntario tiene *“una carga de casos lo suficientemente pequeña como para que le permita hacer lo que se le pide que haga. Es posible.”* Segundo, el grupo mismo proporciona apoyo

social a sus miembros. Las mujeres en un grupo de auto cuidado se dan ánimo unas a otras, trabajan juntas y se divierten. Tom Davis, quien ha trabajado con los grupos de auto cuidado con Food for the Hungry y Curamericas, explica que a medida que el apoyo social aumenta, se necesitan menos incentivos, la deserción disminuye, se da menos re-capacitación y hay más acción fuera de las reuniones. Finalmente, explica Morrow, *“El aspecto de atención a un grupo de auto cuidado es esencial. La gente responde positivamente a la atención y preocupación.”* Los voluntarios ven que los miembros del personal de salud quienes les capacitan, sienten un interés genuino por ellos y sus familias. Esto – a su vez – anima a los voluntarios a interesarse por el grupo de familias que visitan.

Un grupo de autocuidado consiste en grupos de ocho a diez mujeres voluntarias, quienes representan, sirven y educan un ‘bloque’ de diez a quince familias en un área local. Estos bloques de familias son establecidos utilizando la información del censo para identificar a todas las mujeres en edad reproductiva o que tienen niños/as menores de cinco años de edad, asegurándose que ninguna casa se quede fuera del proyecto. Por cada bloque, se selecciona una mujer para representar al grupo de autocuidado. Estas voluntarias de los grupos de autocuidado fueron capacitadas por personal de salud asalariado (llamados Animadores en Mozambique) en intervenciones de supervivencia infantil y mensajes claves de salud. *“A medida que se capacitan voluntarias, ellas visitan los hogares y hablan con las madres en forma personal, y comparten lo que han aprendido ayudando a la madre a contestar sus preguntas sobre el tema que la voluntaria está presentando. También discuten sobre nacimientos, muertes, embarazos o enfermedades que se den en la familia.”* (Citas tomada de Welsh, 2000) Algunas veces las voluntarias se emparejan para brindar educación y a veces utilizan pequeños rota folios que llevan consigo.

A medida que el concepto se desarrollaba, el personal de programa de salud modificó el proceso de selección de voluntarias quienes ahora son elegidas por sus respectivas comunidades. *“Esto permite que algunas mujeres jóvenes sean escogidas por su habilidad de leer y escribir, lo que les dio prestigio en la comunidad a pesar de su juventud. En general, tanto las mujeres jóvenes como las mayores fueron elegidas para servir como voluntarias.”*

Los grupos de auto cuidado se reúnen por lo menos dos horas, dos veces al mes para capacitarse, informar su progreso en las visitas domiciliarias, evaluar y planificar. Las voluntarias informan verbalmente sobre el estado de salud de las mujeres y niños/as de su bloque y una mujer (que debe saber leer y escribir) es seleccionada como la secretaria del grupo y escribe todo lo que se discute. Esto permite que se mezcle voluntarias alfabetas con analfabetas para trabajar juntas y preparar informes estadísticos. Los grupos de auto cuidado también discuten problemas y posibles soluciones para que se pueda tomar acciones inmediatas. Las reuniones de grupo consisten de una mezcla de aprendizaje y actividades sociales. En el ejemplo de Mozambique, los grupos de autocuidado recibieron una recompensa tangible por año, por ejemplo: un pañuelo, falda o camiseta al que le dan mucho valor porque los pueden usar con frecuencia y le dan a la voluntaria reconocimiento local.



Los voluntarios ven que los miembros del personal de salud quienes les capacitan, sienten un interés genuino por ellos y sus familias. Esto - a su vez - anima a los voluntarios a interesarse por el grupo de familias que visitan.

Capacitar a las voluntarias en el contexto de reuniones bimensuales permite a los animadores utilizar técnicas grupales (tales como canciones, bailes y socio dramas) que no serían prácticas en la capacitación de uno a uno.

Los Animadores introducen a los grupos de autocuidado intervenciones de salud una a la vez. *“Por ejemplo, durante la estación de malaria las discusiones se dirigen hacia el reconocimiento y tratamiento rápido de la malaria y el uso de mosquiteros... Las intervenciones se hacen por fases, se evalúa el conocimiento de las voluntarias, permitiendo a los grupos de auto cuidado demostrar su comprensión de la intervención antes de pasar a la siguiente fase.”* Se ha incluido en las intervenciones control de diarreas, control de neumonías, control de malaria, monitoreo de crecimiento y educación nutricional, lactancia materna, vacunas, salud materna y planificación familiar y VIH/SIDA.

Capacitar a las voluntarias en el contexto de reuniones bimensuales permite a los animadores utilizar técnicas grupales (tales como canciones, bailes y socio dramas) que no serían prácticas en la capacitación de uno a uno. World Relief considera que estas técnicas de educación informal son una forma sostenible de empoderar a la comunidad para mejorar la salud familiar. La información de los grupos de auto cuidado pasa a los animadores quienes generan informes escritos, también se elaboran informes mensuales para los comités comunitarios de salud y separadamente para las clínicas de salud. La información de la clínica se incluye en sus informes mensuales, estableciendo así una conexión entre los grupos de auto cuidado y el sistema de información del MSP.

Los grupos de auto cuidado se han implantado exitosamente en algunos de los sitios de metodología con BCOI. Un aspecto importante es que la rotación (es decir, ‘pérdida por deserción’) en los grupos de auto cuidado es muy baja cuando se compara con voluntarios individuales que se usan en diferente sitios. Puede que esto se deba al apoyo adicional mutuo de sus pares que brinda el contexto grupal y que hace falta en un contexto donde se espera que los voluntarios funcionen en forma independiente. Además, sus tareas diarias son ligeras (alrededor de una visita al día), ‘y con frecuencia menos.’ *“Unir los grupos de auto cuidado con la metodología BCOI lo hace más sostenible,”* dice Mary DeCoster, la Especialista de programas de Curamericas. En su experiencia con grupos en las áreas rurales de las montañas de oeste de Guatemala, ella encuentra que, *“los grupos de auto cuidado son divertidos y que las comunidades adquieren el compromiso. La educación y apoyo que se ofrece a través de los grupos de auto cuidado puede continuar aún después de finalizar el programa.”*

## Una Alternativa a un Censo Completo y Registro de Eventos Vitales

Los autores de este manual creen con certeza en la metodología con BCOI y en su aplicación completa cuando así sea posible. Sus fortalezas inherentes se han

demostrado una y otra vez y su superioridad a los programas de salud basados solamente en las unidades de salud es evidente. Sin embargo, también comprendemos a esos administradores y gerentes de salud que claramente nos dicen que, *en determinadas situaciones*, un enfoque abierto de equidad, o en atención comunitaria en salud, puede no ser lo más adecuado. El ejemplo clásico sería un programa de salud que *solamente* le de prioridad a mujeres con niños/as menores de cinco años porque están obviamente necesitados y porque los recursos están tan restringidos que se juzga demasiado costoso de implementar un programa de APS de base comunitaria. Nosotros honestamente creemos que un programa así por si solo no es económicamente sostenible a largo plazo porque excluye a demasiados miembros de la comunidad que necesitan los servicios de salud, y mucho de estos individuos son los líderes y tomadores de decisiones en sus comunidades. Exclusión y programación de salud ‘vertical’ (de intervención específica) son ‘terreno falso’ para los programas de salud si quiere que la comunidad los apoye y lleguen a ser con el tiempo auto sostenibles.

Habiendo dicho lo anterior, hay enfoques alternativos que podemos sugerir en esta circunstancia. *Si la equidad en salud comunitaria y la posibilidad de autosuficiencia no son las preocupaciones de salud pública*, entonces la recolección de información y la prestación de servicios con una meta estrictamente definida son posibles, especialmente dentro del contexto de ‘grupos de auto cuidado’. Una estrategia así le permitirá a los implementadores del programa prescindir de un censo total y el llevar un registro de eventos vitales. En su defecto, se desarrollará un sistema para localizar a los miembros del grupo meta por sexo y edad. El enfoque de grupos de auto cuidado ofrece un abordaje sistemático en el cual, por ejemplo, los vecinos buscarán a las mujeres en edad reproductiva con niños/as menores de cinco años hasta que se determine que todas las mujeres en ese grupo de edad/sexo han sido identificadas con éxito. Estos hogares serán mapeados y numerados, se desarrollará y establecerá un listado de participantes elegibles y una metodología para comunicación regular y prestación de servicios bien definidos (visitas domiciliarias por miembros de los grupos de auto cuidado). Los eventos vitales serán monitoreados y reportados en la misma forma que se describe en el Capítulo VII.

Los grupos de auto cuidado funcionarán mejor en el contexto de la metodología con BCOI siempre y cuando haya recursos y voluntad política. Sin embargo, la alternativa menos ambiciosa descrita aquí, servirá muy bien para grupos meta que están muy necesitados.

## Sugerencias Útiles para las Visitas Domiciliarias

Abajo brindamos algunas sugerencias para realizar visitas domiciliarias, que su coordinador de campo encontrará útiles para reforzar las actividades de campo que realizan el personal y los voluntarios.

*Si la equidad en salud comunitaria y la posibilidad de autosuficiencia no son las preocupaciones de salud pública, entonces la recolección de información y la prestación de servicios con una meta estrictamente definida son posibles, especialmente dentro del contexto de ‘grupos de auto cuidado’*

## Ocho “Ps” que Describen las Características de las Visitas Domiciliarias

1. **PRO-ACTIVA:** Hay un alcance comunitario activo, con personal de salud que visita a la gente en vez de esperar que la gente venga a las unidades de servicios salud.

2. **PRIORIZADA:** Hay un sistema de necesidades priorizadas de salud dirigido a los individuos de alto riesgo. Este es un contacto personal de uno-a-uno que facilita la educación en salud a la medida de comprensión del individuo y la familia, maximando el impacto.

3. **PREVENTIVA:** La visita esta diseñada para prevenir enfermedades y no esperar a que ocurran.

4. **POSITIVA CON REFUERZO:** Basada en la promoción de comportamientos de salud, un visitador de salud puede reforzar y mantener un comportamiento deseado recompensándolo cuando se le observa durante la visita.

5. **POBLACIÓN-ESPECÍFICA:** Las actividades de salud están basadas en la entrega de servicios de atención primaria de salud que son apropiados para las comunidades meta, con mensajes de salud y servicios específicos a las necesidades del programa.

6. **PROSPECTIVA:** La información es recolectada en el presente y en el futuro. No es un sistema retrospectivo que se recoge únicamente eventos pasados. Los datos se comparan con datos previos puntuales para observar las tendencias y hacer ajustes al programa.

7. **PRO-DESEMPEÑO:** El enfoque de visita domiciliaria con BCOI es un proceso dinámico. El visitador del sistema de salud es responsable de/ante un número de familias y los supervisores monitorean los avances acompañando a los trabajadores individualmente y revisando la información obtenida.

8. **PÚBLICA:** La información sobre la población es de dominio público y los resultados son devueltos a la comunidad. Es información de toda la comunidad sobre salud pública y se comparte y utiliza en la toma de decisiones comunitarias.

## La Canasta de Dar y Recibir

Durante una visita domiciliaria, el visitador da y toma de una canasta grande. Básicamente, la lista de ‘dar’ de la canasta incluye: educación, servicios y apoyo que se brindan a la familia. La canasta también contiene formularios de recolección de información que se llenan durante la visita en base a la información que la familia provee. Así, el trabajador de salud que visita ‘da’:

- **Educación en Salud y Capacitación.** Los visitadores domiciliarios capacitan a las familias sobre comportamientos protectores a través de mensajes personalizados a nivel familiar. Como el visitador observa de primera mano los comportamientos de salud en el hogar, los mensajes de educación de salud son proporcionados de acuerdo a la situación de la familia. Las demostraciones y prácticas de nuevos comportamientos de salud se dan en un contexto de uno-a-uno (como por ejemplo la preparación de la solución para el TRO o la preparación de comidas nutritivas).
- **Motivación.** No es suficiente dar mensajes de salud simplemente, como resultado de la repetición y reforzamiento con el tiempo deben darse cambios orientados hacia comportamientos positivos. Para adoptar un nuevo comportamiento la gente necesita una motivación que la incite a abandonar los viejos comportamientos. Aún cuando una familia no tenga éxito al principio, no por eso se les debe regañar o denigrar. Los visitadores domiciliarios brindan atención, cuidado, comprensión y respeto. La acción de visitar un hogar da valor y respeto a la familia mostrando que son importantes.

*La acción de visitar un hogar da valor y respeto a la familia, mostrando que son importantes.*

La demostración clara de los beneficios de un nuevo comportamiento promoverá la adopción de la nueva práctica. En la mayoría de los programas se espera que los voluntarios y los TCS “practiquen lo que predicán.” Como son vecinos de las gentes que visitan, los clientes ven estos comportamientos practicados en la vida real. Las visitas de los trabajadores de salud también motivan a los miembros de la familia a buscar y llegar a los servicios de salud. Promueven actividades de apoyo comunitario, animan y supervisan a los voluntarios de salud.

*Como [los voluntarios y los TCS] son vecinos de la gente que visitan, los clientes ven estos comportamientos practicados en la vida real.*

- **Incentivos.** Algunas veces los visitadores distribuirán objetos tangibles, lo que ayudará a promover los nuevos comportamientos. Sobres de TRO, profilácticos de malaria, pastillas anticonceptivas o condones, tarjetas de “Camino a la Salud”, formularios para la inscripción escolar, hojas volantes sobre eventos, folletos de mensajes preventivos y calendarios de pared con mensajes de salud visuales que pueden utilizarse en cualquier momento para incentivar comportamientos de salud. Todos estos son incentivos optativos y se dan de acuerdo a los comportamientos que se quieren promover. En algunos programas se permite a los TCS administrar antibióticos para neumonía o medicamentos contra la malaria. En Bolivia, Curamericas y su ONG socia ofrece inmunizaciones y monitoreo de crecimiento casa por casa. En Bangladesh, el programa Matlab toma la presión sanguínea, ofrece contraceptivos inyectables y hace examen de orina a mujeres embarazadas para tolerancia de glucosa en las visitas domiciliarias.

Los trabajadores visitadores de salud también ‘toman’ de sus visitas. Por ejemplo:

*El visitador de salud se enterará directamente de las condiciones de la casa y la dinámica intrafamiliar observando y escuchando con atención. "Una fotografía vale mil palabras" y en este aspecto no hay nada que sustituya a la visita domiciliaria.*

- **Estadísticas de Servicios** Un visitador domiciliario actualizará archivos, como fechas de inmunizaciones, crecimiento y peso en las tarjetas de "Camino a la Salud" o hará los cambios necesarios a la información básica que contiene el formulario censal en las carpetas de casos familiares y carpetas individuales
- **Eventos Vitales.** Se recogerá la información de todos los nacimientos recientes, muertes y movimientos migratorios.
- **Ambiente del hogar/familia.** El visitador de salud se enterará directamente de las condiciones de la casa y la dinámica intrafamiliar observando y escuchando con atención. "Una fotografía vale mil palabras" y en este aspecto no hay nada que sustituya a la visita domiciliaria.

**Conocimientos de Salud y Prácticas de la Familia.** El visitador domiciliario evaluará la comprensión de la familia sobre las prácticas de comportamientos claves de salud que el programa promueve.

#### En resumen, el trabajador de salud

##### **Da:**

- Educación en Salud / capacitación
- Motivación
- Reforzamiento/apoyo moral
- Referencia a la unidad de salud
- Seguimiento a visitas anteriores
- Incentivos Promocionales (Sobres de TRO, antibióticos, etc.)

##### **Toma:**

- Servicios estadísticos
- Eventos Vitales
- Observa y toma nota la situación familiar
- Conocimientos y prácticas familiares

# Lo que “si y no” Debe Hacer en la Comunicación durante la Visita Domiciliaria

Aquí están algunos “si” y “no” básicos que debe considerar hacer el visitador de salud y el supervisor durante una visita domiciliaria.

## SI

- Escuche a la familia y respete sus ideas y creencias
- Ponga en primer lugar a la persona y en segundo el llenado de carpetas e informes
- Sea amplio y haga preguntas abiertas
- Observe el ambiente de la casa y póngase a tono con la dinámica familiar
- ¡Siempre anímelos a preguntar!
- Use lenguaje sencillo sin menospreciar a la familia
- Felicítelos por las buenas prácticas

## NO

- Se concentre en la información y en completar archivos a expensas de la buena comunicación
- No critique a los miembros de la familia o sus comportamientos
- No haga juicios de valor y le diga a la gente que están en un error o que son malos
- No trate a la gente “como si fuera inferior” a usted, ni les hable en forma peyorativa o condescendiente
- No le diga a la gente que debe hacer esto o aquello

*SI ... Ponga en primer lugar a la persona y en segundo el llenado de carpetas e informes*

*SI ... Use lenguaje sencillo sin menospreciar a la familia*

*NO ... critique a los miembros de la familia o sus comportamientos*

*NO ... haga juicios de valor y le diga a la gente que están en un error o que son malos*



# CAPITULO VIII: Manejo, Medición y Análisis de la Información

74

Capítulo VIII

*Hacemos énfasis en eficiente y efectivo [manejo de la información] porque ... el personal puede concentrarse demasiado en la información en vez de las personas para quienes trabajan.*

*Usted en su rol de gerente de programa, querrá reforzar el punto que la atención en el servicio directo de salud siempre sea primero, aún signifique que a veces la documentación del programa deba posponerse o en ocasiones hasta dejarse de lado.*

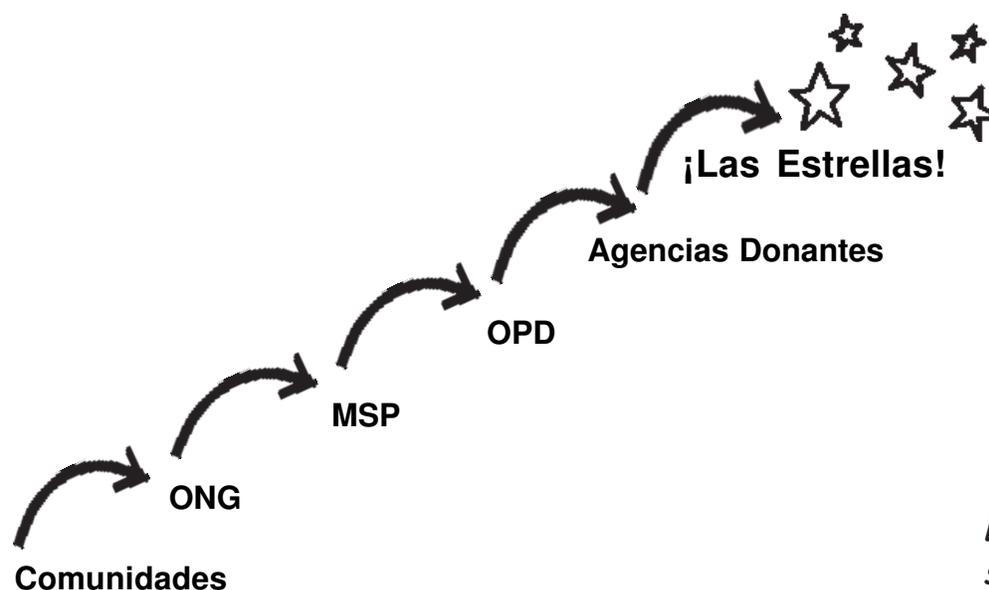
## Manejo de la Información

Ambos el manejo y análisis eficiente y efectivo de la información son componentes críticos de la metodología con BCOI. Hacemos énfasis en *eficiente y efectivo* porque el análisis de información puede fácilmente convertirse en un monstruo que ¡consume todo a su paso! Bueno, no es exactamente cierto, pero es casi cierto. El personal puede concentrarse demasiado en la información en vez de las personas para quienes trabajan. El personal puede sentirse abrumado con las obligaciones del manejo de información si no se planifican cuidadosamente.

En un programa hay dos ‘tentaciones’ respecto a la información que deben controlarse. Una tentación común es recolectar ‘uno más’, una pieza más de información, que por supuesto se convertirá en más y más datos, hasta que el personal invierte más tiempo en el manejo de la información que en los servicios de salud. Esto desvirtúa totalmente el propósito de la recolección de información. *Solamente* recolecte la información que apoya e informa al programa y las comunidades. En segundo lugar, con el paso del tiempo el personal de campo puede elegir concentrar más energía en la información que en la gente que estos datos representan. Esta es una tentación comprensible por las penas y preocupaciones que significa trabajar con seres humanos (con frecuencia enfermos) comparado con la comodidad relativa de trabajar solo en un escritorio con formularios de información. Los formularios no son tan complicados y ¡no son respondones! Usted en su rol de gerente de programa querrá reforzar el punto que la atención en el servicio directo de salud siempre es primero, aún cuando signifique que la documentación del programa deba posponerse o en ocasiones hasta dejarse de lado.

## Flujo de Información

Considere la siguiente representación gráfica del flujo de información:



Hay muchos niveles de necesidades y demanda de información. El reto para los gerentes de programas es limitar estas demandas a lo que es tanto razonable como factible. En vez de alimentar la información hacia arriba hasta las estrellas, recuerde el enlace entre el programa de salud (ONG) y las comunidades a las que el programa sirve. La información de salud es en *primer lugar* propiedad de la comunidad y debe compartirse con sus miembros en forma regular ya que son la fuente y los propietarios por derecho propio de ella. La información es poder, es esencial para desarrollar compromiso comunitario y es crítica para mejorar y refinar el programa de salud.

En este capítulo discutiremos los elementos importantes del proceso de información de la metodología con BCOI comenzando con el manejo y actualización de los formularios censales, registros de servicios, eventos vitales y autopsias verbales. Luego seguiremos con una discusión y análisis de las actividades claves: compartir la información con el personal, las comunidades y el resto del sistema de salud; estimación de coberturas por niveles de servicios; evaluación de la mortalidad y la evaluación y planificación anual.

### Formularios Censales

La gente nace, muere, y otros llegan y se van de las áreas meta de servicios en forma regular. También cambian otros indicadores socioeconómicos. En consecuencia llevamos a cabo una actualización anual o “conteo por cabezas” de los datos del censo para verificar la información. Esto puede hacerse anualmente casa por casa y también regularmente actualizando la información a medida que ocurren y se documentan los cambios. Por supuesto que algunas viviendas serán más visitadas que otras por el estado de riesgo en que están y sus carpetas familiares (incluyendo la tarjeta censal) se actualizarán durante estas visitas. Otras viviendas se visitarán solamente una vez al año porque por ejemplo, no tienen niños/as menores de cinco años o mujeres en edad reproductiva.

*La información de salud es primero la propiedad de la comunidad y debe compartirse con sus miembros en forma regular ya que son la fuente y los propietarios por derecho propio de ella. La información es poder, es esencial para desarrollar compromiso comunitario.*

*... si un área experimenta movimientos migratorios de ambos lados, será necesario actualizar con más frecuencia la información... [pero] si los movimientos poblacionales no son muy frecuentes la actualización puede ser menos frecuente...*

*Sea claro del proceso exacto que se debe utilizar en la tabulación de la información. Por ejemplo, para tabular la edad de los niños/as menores de cinco años, cuente la edad en meses y básese en la fecha de nacimiento.*

La magnitud de los cambios en el censo comunitario determinará la frecuencia con que se actualizará la información. Por ejemplo, si un área experimenta movimientos migratorios de ambos lados, será necesario actualizar con más frecuencia. Por otra parte, si los movimientos poblacionales no son muy frecuentes la actualización puede ser menos frecuente, digamos anualmente.

Para considerar el conteo completo, absolutamente todas las viviendas y familias (incluyendo las familias que no están en riesgo) deben haber sido visitadas una vez en los tres meses antes de la actualización. Una buena forma de empezar este proceso es asignar la frecuencia de las visitas domiciliarias por criterios de riesgo. Clasificar las carpetas de las familias que han tenido contactos regulares durante los tres meses anteriores y proceder a tabular la información. Al mismo tiempo, programe visitas a las familias que no son de alto riesgo y las que no recibieron contactos durante este período, y después continúe el proceso de tabulación con información adicional.

Los pasos a seguir para este tipo de actualización son:

- Fije una fecha para la revisión y tabulación de las carpetas familiares. Este proceso le llevará unas ocho horas de trabajo para procesar una población de cerca de 12,000 habitantes, con un equipo de tal vez ocho o diez personas. Sin embargo, factores como las categorías que se tabularán, el verdadero número de carpetas que se revisaran y la calidad y exactitud de la información en las carpetas afectará la duración del ejercicio.
- En una habitación grande reúna las carpetas familiares y ponga en las paredes los mapas de las áreas.
- Establezca el criterio técnico para la tabulación incluyendo el lapso de tiempo transcurrido desde la última visita domiciliar para que sirva de corte en la escogencia de las carpetas. Recomendamos que el corte se haga en “todas las casas visitadas en los últimos tres meses”. No se recomienda alargar este período.
- Sea claro del proceso exacto que se debe utilizar en la tabulación de la información. Por ejemplo, para tabular la edad de los niños/as menores de cinco años, cuente la edad en meses y básese en la fecha de nacimiento. Por lo general, las cifras que se tabularan serán las mismas utilizadas en la actualización anterior. Es decir, el número de habitantes por edad y sexo, con intervalos de cinco años para los mayores de cinco años e intervalos menores para los menores de cinco años de edad.
- Forme equipos para clasificar y tabular. Cada equipo debe estar compuesto por dos personas, una persona para revisar la información en la tarjeta familiar y la otra para tabular la información. Dos o tres supervisores deberán estar presentes para dar apoyo y asegurarse de que durante toda la tabulación se aplique con consistencia un criterio estandarizado. Los equipos al mismo tiempo tabularan la información del censo.

- Asigne comunidades a cada equipo de tabulación, tomando en cuenta el número aproximado de población en cada área.
- Si un equipo de tabulación encuentra que falta una parte de la información, que está incompleta o no se puede leer, deberá planear una visita a la familia al mismo tiempo que visitará familias que no han tenido ningún contacto de salud en los últimos tres meses
- Una vez que se haya completado la tabulación preliminar de las familias visitadas durante los últimos tres meses se debe elaborar listas de visitas domiciliarias a todas las familias en cada sector de servicio para confirmar y/o actualizar la información censal.

Su personal ya está listo para realizar las visitas de seguimiento a todas las familias restantes, incluyendo aquellas que no tenían la información completa. Aunque usted está siguiendo los mismos pasos que cuando realizó el censo original, el proceso será más rápido. Esto es así, porque su equipo estará visitando menos viviendas y durante las entrevistas solo será necesario confirmar si todos los miembros de la familia continúan en la casa, añadir nuevos miembros a la tarjeta familiar, y recalcular la edad y el dato sobre educación. No será necesario ver nuevamente los documentos de identidad excepto en el caso de un nuevo miembro de la familia.

Solamente se abrirán nuevas carpetas familiares y se numerarán casas en el caso de que haya nuevas familias y nuevas viviendas. Recuérdelo a su personal que lleven consigo los mapas de área y observen si hay nuevas familias y casas en el barrio. También observen si hay casas abandonadas o cerradas y pregunten a los vecinos el estado habitacional de esas personas.

La recolección de información para la actualización de un programa de salud con base censal no debe durar más de un mes. Como ejercicio final con su personal, tabulen la información obtenida durante las visitas de seguimiento con las tabulaciones hechas anteriormente como producto de las visitas realizadas a todas las familias en los tres meses anteriores. Compare esta información censal con la información recopilada en el año anterior. Discuta con su personal cualquier cambio que haya ocurrido y analice las razones de estos cambios. Más adelante compartirá esta información con las comunidades y exhibirá el censo revisado en un sitio público. Por último, como prueba para asegurar que su personal está recogiendo información de alta calidad, querrá validar la información del censo a través de entrevistas con una muestra al azar de familias y comparar los resultados con la información tabulada de las carpetas.

## Registros

Los registros son listas compuestas básicamente por individuos seleccionados, estos registros sirven como guía para que los trabajadores de salud sepan en quienes deben concentrar sus esfuerzos. Estas listas se pueden obtener de las carpetas de salud de las familias o se pueden basar en información recolectada durante los contactos con la población meta. Estos registros capturan información de servicios por persona y se usa para ayudar a monitorear los servicios, así como, para monitorear los cambios en los conocimientos, prácticas y estado de salud de los clientes. Los registros como tales, nos proporcionan medios para monitorear sistemáticamente a los clientes de alto riesgo, lo cual resulta en una mayor eficiencia y efectividad de las actividades del trabajador de salud.

Los siguientes son ejemplos de registros comunes y sus contenidos por subgrupos censales específicos:

▪ **Niños/as menores de cinco años**

- 1) Nombre, dirección, sexo, fecha de nacimiento
- 2) Inmunizaciones (fechas por vacunas)
- 3) Recepción de Vitamina A y desparasitación
- 4) Peso/fecha: estado nutricional

▪ **Mujeres en edad reproductiva y/o mujeres embarazadas**

(ver abajo)

- 1) Nombre, dirección, sexo, fecha de nacimiento
- 2) Estado de Embarazo y recepción de servicio prenatal, por tipo y fecha
- 3) Servicios de Planificación recibidos, por tipo y fecha
- 4) Estado Nutricional

*... registros como tales, nos proporcionan medios para monitorear sistemáticamente a los clientes de alto riesgo, lo cual resulta en una mayor eficiencia y efectividad de las actividades del trabajador de salud.*

Mujeres en edad reproductiva (15 - 49 años) Embarazo o Planificación Familiar										
Dirección	Nombre y Apellido	Fecha de nacimiento y edad	Madres capacitadas en					Uso de un método moderno de planificación		
			APN	NUTRICION	INMUNIZACION	CUIDADO INFANTIL	PLAN DE PARTO	ESPERMICIDA	CONDONES	PASTILLAS

▪ **Familias con recursos limitados en el hogar**

- 1) Nombre y dirección del jefe de familia
- 2) Fuentes de agua, unidades de saneamiento y/condiciones de vivienda
- 3) Cambios en conocimientos y prácticas relacionadas con la higiene personal y familiar, sistemas de purificación de fuentes de agua locales y almacenamiento y uso de agua potable

También se puede llevar registros basados en intervenciones de salud específicas. Por ejemplo, se puede desarrollar un registro para saber quien necesita recibir algunos tipos de servicios específicos como: monitoreo de crecimiento o rehabilitación nutricional.

Monitoreo y Promoción de Crecimiento: Niños/as 0-35 Meses																			
Número	Localizador	Apellido y primer nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo	Por Mes (1= En, 2= Feb, etc.) Peso Mensual en kilogramos y estado nutricional por categoría														
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			

*También se puede llevar registros basados en intervenciones de salud específicas.*

Intervención Nutricional - Rehabilitación									
Nombre	Localizador	Edad	Nacimiento Mes/Año	Fecha	Peso	Acción Recomendada	Educación Nutricional	Seguimiento y Estado	Repita las cinco columnas finales

**¡Advertencia!** Los ejemplos de arriba no son exhaustivos.

Usted y su equipo desarrollaran sus registros basados en la información exacta que necesiten para identificar y dar apoyo a la clientela meta. Podemos ofrecerles

algunas recomendaciones generales con respecto al uso de los registros:

- Formularios de varios años son mejores que los de un solo año
- Mantenga páginas adicionales para añadir nuevos nacimientos, inmigrantes y niños/as que llegan a la edad tope
- Utilice cuadernos de tapa dura ya que los formularios frecuentemente se llevarán en la mano para su uso durante los contactos.
- También los registros pueden ser computarizados para que las listas se puedan imprimir. Por ejemplo, en los lugares de trabajo de campo de Haitian Health Foundation estas listas son generadas por computadora y son actualizadas continuamente. Las listas computarizadas que los agentes de salud necesitan utilizar durante las visitas domiciliarias o en las visitas a los puestos de salud se imprimen cada dos meses para actualizar la información.

## Eventos Vitales

El objetivo de los eventos vitales es identificar *absolutamente todos* los nacimientos y muertes que ocurren en las áreas de intervención meta de su proyecto de salud con BCOI. Los resultados del monitoreo ayudarán a su programa a medir la efectividad de sus intervenciones. Por ende, al identificar tempranamente a los recién nacidos su programa puede tomar medidas preventivas con el fin de disminuir la muerte neonatal y la muerte de infantes.

El monitoreo de los eventos vitales y la mortalidad involucra dos pasos durante el contacto con el cliente y un paso de análisis. Estos pasos son:

1. Detectar y registrar todos los nacimientos y muertes
2. Realizar autopsias verbales de todas las muertes de los menores de cinco años de edad y las muertes maternas durante el embarazo o en los 30 días después del parto, en la primera semana y hasta un mes después de ocurridas las muertes (dependiendo de las costumbres y prácticas locales). O diseñar y utilizar criterios que sean más apropiados para sus áreas de servicio, basados en resultados previos sobre mortalidad.
3. Llevar a cabo un taller de análisis de mortalidad cada tres, seis o doce meses (dependiendo del número de muertes que ocurren.)

### *Detección y Registro de Nacimientos y Muertes*

Se debe mantener dos tipos de registros de nacimientos y muertes: *un cuaderno local* que lleva el TCS o el miembro de la comunidad asignado para cada sector de salud y *registros centralizados de nacimientos y muertes* que mantiene un miembro del personal de salud al que se le asigna esta responsabilidad. Como parte de la rutina de las visitas domiciliarias los trabajadores de salud investigarán si ocurrió un nacimiento o muerte en la familia desde el último contacto. Este sistema de detección debe apoyarse en los recursos comunitarios, especialmente los voluntarios de salud, ya que los miembros de la comunidad están en la mejor posición de darse cuenta informalmente de los nacimientos y las muertes o de encontrarlos en el curso de sus actividades de salud.

*El objetivo de los eventos vitales es identificar absolutamente todos los nacimientos y muertes... al identificar tempranamente a los recién nacidos su programa puede tomar medidas preventivas con el fin de disminuir la muerte neonatal y la muerte de infantes.*

Sin embargo, en cuanto se conoce esta información debe transmitírsele a la persona encargada de mantener el cuaderno de los eventos locales vitales tan pronto como sea posible. Si uno se encuentra con esta información durante una visita domiciliaria, los datos de los eventos vitales deben actualizarse directamente en la tarjeta familiar con el nombre y fecha de nacimiento del recién nacido y cualquier otra información que esté incluida en el formulario. En el caso de una muerte registre la fecha en la tarjeta familiar.

El cuaderno de eventos vitales se usará para registrar toda la información sobre muertes y nacimientos. Cada sector de servicios tendrá su propio cuaderno y lo mantendrá una sola persona, por lo general el TCS a cargo de ese sector. Otra alternativa es que el cuaderno lo lleve un miembro responsable de la comunidad a quien se le asigne la tarea. El cuaderno siempre debería incluir la siguiente información sobre nacimientos:

### *Nacimientos*

- Nombre de la comunidad o barrio
- Número de la casa
- Nombre del recién nacido
- Nombre de los padres
- Edad de la madre
- Fecha de nacimiento
- Donde ocurrió el nacimiento (unidad de salud, hogar, etc.)
- Quien atendió el parto (trabajador de salud, partera tradicional o miembro de la familia)
- Peso al nacer (o el primer peso tomado después del nacimiento, especificando la fecha)
- Persona responsable de la detección

Todos los nacidos vivos deben registrarse, incluyendo los casos en que el bebé murió durante o inmediatamente después del parto. (Un recién nacido que se movió, lloró o respiró es considerado nacido vivo.) Este es un punto muy importante ya que la información es esencial para evaluar el impacto de su trabajo en mortalidad. Si la información no está actualizada o tiene equivocaciones sistemáticas, estos errores distorsionarán el impacto reportado de su programa de salud.

La información de las muertes locales se recolecta en forma similar.

### *Muertes*

- Comunidad o barrio de residencia
- Número de casa
- Nombre de la persona muerta
- Nombre de los padres o cabeza de familia en el caso de una muerte infantil
- Fecha de nacimiento

*Todos los nacidos vivos deben registrarse, incluyendo los casos en que el bebé murió durante o inmediatamente después del parto... Este es un punto muy importante ya que la información es esencial para evaluar el impacto de su trabajo en mortalidad.*

- Edad al morir
- Causa de la muerte
- Elegibilidad para una autopsia verbal y más tarde la fecha en que se realizó
- Persona responsable de la detección

Recomendamos que todos los nacidos muertos (mortinatos) también se registren (el producto de una concepción que se reconoce como feto). Es importante recoger esta información tan pronto como se detecte el evento o durante una visita domiciliaria. Cuando se registren las muertes infantiles de menores de un año, asegúrese que también se registre el nacimiento. Una vez que se detecte la muerte y se registre en el cuaderno, informe inmediatamente al TCS local o al supervisor de programa por si es elegible para una autopsia verbal. El registro de los eventos vitales en cuadernos debe hacerse lo mas preciso al evento como sea posible para evitar el olvido u omisión de información. Si se detecta una muerte o nacimiento después de un mes de que ha ocurrido, aún debe registrarse en cuaderno de eventos vitales.

Mensualmente, un supervisor del programa encargado hará una compilación de la información de eventos vitales de toda el área de servicios en un registro central de nacimientos y muertes. Cada tres meses, este supervisor debe revisar todos los cuadernos de eventos vitales, asegurándose de que los datos estén completos, sean legibles y no haya duplicación. Es entonces, cuando todos los eventos deben transferirse al registro central de nacimientos y muertes, si todavía no se ha hecho.

## Autopsias Verbales

Además de registrar las muertes en la carpeta familiar y en un registro central de muertes, es importante también recoger más información sobre los eventos que condujeron a la muerte. Esas muertes serán las que sucedieron en los grupos de riesgo prioritarios previamente identificados por su programa de salud, tales como niños/as menores de cinco años y mujeres en edad reproductiva que murieron durante el embarazo o en los treinta días después del parto. Los criterios de elegibilidad para la autopsia verbal que utilice su programa estarán basados en los resultados de la evaluación previa sobre la mortalidad.

El *formulario para la autopsia verbal* es el instrumento para recolectar la información que se utiliza para registrar los síntomas de la enfermedad, tratamientos y las circunstancias de la muerte. Al utilizar esta herramienta el personal del proyecto podrá establecer y confirmar la causa biológica de la muerte y también los obstáculos que pueden haber impedido el acceso al tratamiento efectivo (es decir, el bloqueo en el ‘camino a la supervivencia’). Entender los factores que contribuyeron a la muerte permitirá a su personal identificar y formular intervenciones que evitara barreras al servicio en el futuro.

La autopsia verbal contiene dos secciones. La primera sección es un cuestionario

que se hace al miembro de la familia que estuvo más cerca de la persona durante su enfermedad. Esta sección incluye información general, información personal de la persona muerta, antecedentes familiares, historia de salud, circunstancias únicas de la muerte e información obtenida de otros documentos relevantes, incluyendo la historia clínica del muerto/a (tarjetas de salud, carpetas familiares y otros servicios). La segunda sección incluye datos socio-económicos, información y comentarios relevantes que se brindan durante el taller de análisis de la mortalidad e información proveniente del entrevistador responsable y el supervisor.

Los pasos típicos de una autopsia verbal incluyen:

- **Prepare los materiales y programe la entrevista.** Esto significa contar el número de muertes elegibles y preparar la cantidad de formularios que cada grupo requiere, programar las visitas e identificar con exactitud las actuales familias.
- **Visite la familia.** Entreviste al miembro de la familia que estuvo más cerca de la persona durante la enfermedad y muerte. El momento ideal de la entrevista debería ser entre una semana y un mes después del evento. Por lo general no recomendamos que la entrevista se haga antes por respeto al luto de la familia, pero, realizar la entrevista más de treinta días después del evento incrementará el riesgo de que se omitan u olviden detalles.
- **En los casos de muertes infantiles, la entrevista debe hacerse con la madre, si es posible.** Es importante la suavidad y habilidad del entrevistador para lograr que la madre se anime a hablar de los temas. El entrevistador debe invertir el tiempo necesario en desarrollar la confianza de la madre y su familia, y durante el proceso de la entrevista el entrevistador no debe ofrecer juicios u opiniones. Recomendamos que se asigne una persona que no tiene un contacto constante con la familia con el objetivo de minimizar los sesgos en lo que la familia informe.
- **Explique el propósito de la entrevista y complete el formulario para la autopsia verbal.** Obtenga la información y al mismo tiempo llene el formulario de la autopsia verbal. Pida ver la documentación de la historia de salud del hogar y copie la información relevante. Revise el formulario y asegúrese de que se llenó en su totalidad y en forma correcta. Haga cualquier cambio necesario antes de irse de la casa.
- **Revise y verifique la información en la unidad de salud.** Después de la entrevista, el entrevistador debe revisar la carpeta familiar de la persona que murió y confirmar la información en el formulario de la autopsia. Más tarde, un supervisor o un médico determinará la causa probable de la muerte. Guarde el formulario llenado en la carpeta de autopsias verbales del programa de salud. Esta información se utilizará en el próximo taller de mortalidad.

*Entreviste al miembro de la familia que estuvo más cerca de la persona durante la enfermedad y muerte. ... entre una semana y un mes después del evento. Por lo general no recomendamos que la entrevista se haga antes por respeto al luto de la familia.*

*... compartir información ... para hacerla localmente útil. Recuerde, el objetivo es utilizar la información para mejorar el impacto en la comunidad.*

*Se debe realizar reuniones mensuales entre voluntarios de salud, sus supervisores y otro personal clave ...*

## Comparta la Información

Abajo, discutimos diferentes ‘foros,’ o tipos de reuniones, no solamente para compartir información, sino también, para revisar y analizar la información y hacerla *localmente útil*. Recuerde, el objetivo es utilizar la información para mejorar el impacto en la comunidad. Sugerimos las siguientes reuniones solamente como ejemplos. Su programa puede tener necesidades únicas de análisis que requieren una cierta combinación de reuniones, frecuencia y participantes.

### ***Reuniones Mensuales con Trabajadores de Salud***

Los trabajadores comunitarios de salud y sus supervisores deberían reunirse mensualmente para revisar las actividades de los treinta días pasados y discutir aspectos de las actividades programadas para el mes que sigue. Una agenda por lo general consta de lo siguiente:

- Resuma las actividades del grupo del mes anterior
- Cada uno auto-evaluará su desempeño, basándose en las estadísticas de la comunidad y en el logro de los objetivos mensuales
- Revise la detección y referencia de casos complicados y las lecciones aprendidas
- Discuta las muertes que ocurrieron de los niños menores de cinco años, infantil, neonatal y materna
- Resuelva los retos comunes que se encontraron durante los contactos con clientes, como por ejemplo durante las visitas domiciliarias, reuniones de grupo, grupos de auto cuidado y/o en las unidades de salud
- Discuta asuntos relacionados a la organización del trabajo
- Confirme las actividades educativas del próximo mes
- Discuta cualquier capacitación, estudios de campo u otros eventos especiales que estén próximos
- Finalice las programaciones para el siguiente mes

### ***Reuniones Mensuales con Voluntarios de Salud***

Se debe realizar reuniones mensuales entre voluntarios de salud, sus supervisores y otro personal clave de la unidad de salud (en el caso de ser relevante). Las actividades de los voluntarios de salud variaran mucho en los programas, de acuerdo a como funcionan los voluntarios en sus propios contextos. Por ejemplo, los voluntarios de salud que apoyan en las visitas domiciliarias de salud de rutina tendrán diferentes deberes en un sitio donde se hacen grupos de auto cuidado.

Sin embargo, temas comunes de una agenda incluirán los siguientes:

- Informe de los servicios brindados a los clientes
- Informe de las sesiones educativas brindadas

- Revisión de eventos vitales: nacimientos, muertes e identificación de migraciones
- Retroalimentación del supervisor y apoyo en educación continua
- Finalización y entrega de informes mensuales para sus supervisores
- Solución a los problemas y retos encontrados durante los contactos con clientes, a través de visitas domiciliarias, reuniones de grupo, grupos de auto cuidado o en unidades de salud
- Discuta la organización del trabajo
- Confirme las actividades educativas del próximo mes
- Discuta cualquier capacitación que está planificada o próxima, investigaciones de campo u otros eventos especiales
- Finalice las programaciones de trabajo para el próximo mes

### ***Reuniones Trimestrales de Supervisores***

Los supervisores y/o el personal de la unidad de salud con frecuencia informan mensualmente las actividades de los TCS y voluntarios de salud a través de su sistema de información a su casa matriz nacional y/o al MSP. Son deseables las reuniones trimestrales entre supervisores de campo y personal de las unidades de salud para revisar el contenido de estos informes e identificar asuntos o problemas. Esta es también una excelente oportunidad para revisar todas las referencias del campo a las unidades de servicio para obtener atención de salud y, averiguar si el sistema de referencias está funcionando bien, o si son necesarias acciones para mejorar la aceptación de la referencia, o documentar mejor la contra-referencia. Durante estas reuniones también deben atenderse y buscar soluciones a las preocupaciones de las unidades de salud. Si los problemas persisten se puede solicitar seguimiento por parte de la supervisión clínica a nivel regional o nacional.

### ***Reuniones Comunitarias Trimestrales***

Después de la reunión trimestral de los supervisores recomendamos que se de retroalimentación a las comunidades sobre: las actividades del programa de salud, los problemas que se encontraron, los éxitos obtenidos y que se invite a la comunidad para dar su retroalimentación sobre los asuntos que se trataron. Esta es también una oportunidad excelente para identificar aspectos que pueden beneficiar la participación de la comunidad. Por ejemplo, si la evacuación de emergencia de pacientes gravemente enfermos es un problema, invite a los miembros de la comunidad a que sugieran soluciones al problema localmente apropiadas. En esta reunión deberían participar los líderes comunitarios y miembros interesados, personal local del MSP y el personal del programa de salud incluyendo voluntarios de salud. De la misma manera, como en las otras reuniones comunitarias la información que se comparta debe ser comunicada en forma clara, utilizando cuando sea necesario ayudas visuales simples. Durante estas reuniones comunitarias se debe animar a los asistentes a participar activamente en el análisis de los problemas, las discusiones y la propuesta de posibles soluciones. Abajo brindamos un ejemplo de una reunión trimestral típica.

*Después de la reunión trimestral de los supervisores recomendamos que se de retroalimentación a las comunidades sobre: las actividades del programa de salud, los problemas que se encontraron, los éxitos obtenidos y que se invite a la comunidad para dar su retroalimentación sobre los asuntos que se trataron.*

*Durante estas reuniones comunitarias se debe animar a los asistentes a participar activamente en el análisis de los problemas, las discusiones y la propuesta de soluciones posibles.*

<b>Decisiones tomadas por las comunidades durante las reuniones trimestrales comunitarias</b>			
<b>Comunidad</b>	<b>Problema</b>	<b>Análisis Comunitario</b>	<b>Decisión</b>
<b>A</b>	En Agosto- Noviembre aumentó la deserción de ACS y 10% de los niños/as pesados mostraron subida de peso inadecuada	La situación económica del área está causando la emigración. En esta comunidad solo hay un ACS. Algunos miembros del comité de salud local también han emigrado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Continuar monitoreando el peso de los niños/as</li> <li>•Se asignará un ACS adicional</li> <li>•Se elegirán nuevos miembros de la comunidad para el comité de salud</li> </ul>
<b>B</b>	Durante Agosto- Noviembre, 7% de todos los niños/as no han tenido el crecimiento adecuado en dos períodos consecutivos	Los niños/as de estas comunidades experimentaron incremento de enfermedades diarreicas e IRA.	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Anímelos a tomar en el hogar agua hervida o químicamente purificada.</li> <li>•Refiera a las unidades de salud los niños/as con señales de peligro</li> <li>•Capacite 5 voluntarios comunitarios de salud en temas de nutrición.</li> <li>•Refiera los niños/as con deficiencias nutricionales al centro nutricional.</li> </ul>
<b>C</b>	Falta de acceso a transporte para las emergencias obstétricas en tres comunidades	No existen planes comunitarios para la evacuación de las emergencias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Mejore la vigilancia de las mujeres embarazadas</li> <li>•Re-educque la PT en señales de peligro durante el embarazo, parto y post parto</li> <li>•PT identificarán mujeres con señales peligro y el comité de transporte le brindará los medios para evacuar los casos.</li> </ul>

## Medición de Datos

### Cobertura Estimada

Haga una pausa y recuerde como el programa de salud con BCOI intenta dar “cobertura” a la población meta. Primero, los trabajadores comunitarios de salud y los voluntarios de salud, ofrecen educación en salud y una selección de servicios a la comunidad. Estas actividades ocurren durante las visitas domiciliarias de rutina, durante las reuniones de grupo comunitarias y/o en el contexto de las actividades de los grupos de auto cuidado. Las familias también buscan servicios de salud en

las unidades locales. Las estadísticas familiares de salud y algunos resultados seleccionados se documentan en las carpetas familiares, registros y otros formularios de recolección de información. Y también se ha recolectado información del censo que resume y describe las características básicas de la población en el área de servicio. La información censal será importante en el cálculo de la cobertura.

Por ejemplo, ¿cómo determinamos la cobertura de inmunizaciones? Tenemos la siguiente información:

Número de niños/as entre 12 – 23 meses que  
han recibido todas sus vacunas = A  
(Esta información se puede encontrar en las tarjetas de vacuna que  
están en la carpeta familiar)

Número de niños/as entre 12 – 23 meses = B  
(Esta información viene del resumen del censo.)

A dividida entre B = cobertura. Numerador dividido entre Denominador. El resultado es igual a la proporción (ó x 100 = porcentaje) de cobertura (es decir, de niños/as vacunados)

Los números por si solos no tienen ningún significado a menos que se les compare con el grupo completo.

Por ejemplo: 250 vacunados ¿De cuantos? ¿Es esto bueno?  
Es muy bueno si la población total de también 250. 250 dividido  
entre 250 = 1.0, ó x 100 = 100%.  
No es bueno si el total de la población es 250 dividido  
entre 1,000 = 0.25, ó x 100 = 25%.

Es más, este análisis le permitirá a su personal determinar quien *no* tiene todas sus vacunas y programar visitas de seguimiento. Abajo, revisaremos los indicadores usados con más frecuencia para identificar la cobertura de determinadas intervenciones. Estas son sólo una muestra. La gama completa de indicadores que se puede desarrollar es casi ilimitada y debe crearse específicamente en respuesta a las características únicas de su programa.

*La gama completa de indicadores que se puede desarrollar es casi ilimitada y debe crearse específicamente en respuesta a las características únicas de su programa.*

## Contacto con Grupos de Alto Riesgo

Tal vez la primera medida de cobertura a considerarse es el porcentaje de familias de alto riesgo que son en realidad contactadas de acuerdo a las prioridades del programa. Por ejemplo, ¿cuantos niños/as entre 0 – 23 meses de edad recibieron por lo menos seis medidas de monitoreo de crecimiento en los últimos doce meses? O, ¿cuantas mujeres embarazadas recibieron por lo menos tres visitas prenatales antes del parto? Estas medidas de cobertura se calcularían como sigue:

INDICADOR	FORMULA		FUENTE DE INFORMACIÓN
Porcentaje de niños/as entre 0 - 23 meses de edad con seis contactos de monitoreo de crecimiento en los últimos doce meses	No. niños/as entre 0 -23 meses de edad con seis contactos de monitoreo de crecimiento en los últimos doce meses	X100	Carpeta Familiar
	No. total de niños/as de 0 - 23 meses en el censo		Resumen del censo o tarjeta familiar
Porcentaje de mujeres embarazadas recibiendo por lo menos tres controles prenatales antes del parto	No. de mujeres embarazadas que recibieron por lo menos tres contactos	X100	Carpeta Familiar o registro de embarazos
	No. total de mujeres embarazadas		Tarjeta familiar

## Crear Índices de Salud

### *Cobertura de Vacunas*

La programación de inmunizaciones infantiles es específica para cada país pero por lo general incluyen:

- BCG (contra la tuberculosis)
- DPT 1, 2, 3 (contra la difteria, tos ferina y tétano)
- Polio 1, 2, 3
- Sarampión

*... revisando los datos de los niños/as entre 12 - 23 meses de edad, puede medir con exactitud el porcentaje de niños/as en esa categoría de edad que recibieron todas sus vacunas en el primer año.*

Se recomienda que el esquema se complete antes del primer cumpleaños. Así pues, revisando los datos de los niños/as entre 12 – 23 meses de edad, se puede medir con exactitud el porcentaje de niños/as en esa categoría de edad que recibieron todas sus vacunas en el primer año. Aquello se vería así:

INDICADOR	FORMULA		FUENTE DE INFORMACIÓN
Porcentaje de niños/as entre los 0 -23 meses de edad con todas sus vacunas	No. de niños/as entre 0 - 23 meses con todas sus vacunas	X100	Carpeta Familiar
	No. total de niños/as entre 0 - 23 meses		Resumen del censo o tarjeta familiar

### Por Ejemplo:

Si tenemos 225 niños/as entre 0 – 23 meses que recibieron todas sus vacunas el año pasado de 300 niños/as de 0 – 23 meses, entonces la fórmula es  $225/300 \times 100 = 75\%$  de cobertura. No está mal!

El toxoide tetánico (TT) se aplica a mujeres entre los 15 - 49 años y/o a las mujeres embarazadas para proteger al recién nacido de tétano neonatal. Cada país tiene sus propias recomendaciones. Una definición de protección completa es que una mujer reciba cinco dosis de TT durante su vida. Muchos programas investigan para confirmar si una mujer embarazada ha recibido por lo menos dos dosis en su embarazo más reciente. Si quisiera medir el número de niños/as que nacieron el año pasado y que tenían protección TT, es decir cuyas madres habían recibido dos dosis de toxoide el indicador será:

INDICADOR	FORMULA		FUENTE DE INFORMACIÓN
Porcentaje de mujeres que recibió dos dosis de TT durante el embarazo pasado	No. de mujeres embarazadas con dos inmunizaciones de TT o que ya recibieron 5 dosis	X100	Carpeta de Salud Familiar
	No. total de mujeres embarazadas que parieron en los últimos 12 meses		Resumen censal, tarjeta familiar o registro de embarazos

*Una definición de protección completa es que una mujer reciba cinco dosis de TT durante su vida.*

### Por Ejemplo:

Si diez mujeres parieron el año pasado y 3 habían recibido 2TT, entonces el 33% de los bebés estaban protegidos del TT.

### Nutrición

El estado nutricional se mide de varias maneras: peso/edad, estatura/edad y la circunferencia de la parte alta del brazo. La mayoría de los estándares del MSP utilizan peso/edad, con valores de corte ajustados para indicar el estado nutricional: 1<sup>er</sup> grado (en riesgo de desnutrición), 2<sup>do</sup> grado (desnutrición moderada) y 3<sup>er</sup> grado (severamente desnutrido). Casi todos los niños/as en el programa estarán dentro de la clasificación: normal, 1<sup>er</sup>, 2<sup>do</sup> o 3<sup>er</sup> (grado). Peso por edad es una medida que se toma pesando al niño y trazando el peso en la gráfica, o utilizando el cuadro “Camino a la Salud” para determinar el estado nutricional basado en el peso esperado por edad.

Es ideal pesar mensualmente, por lo menos a los menores de tres años ya que los problemas pueden darse en forma rápida y se pueden prevenir si se reconocen en forma temprana. Sin embargo, muchos programas pesan a los niños/as tres, cuatro

o seis veces al año, dependiendo de los recursos del programa y el acceso a los niños/as. Abajo ofrecemos ejemplos de indicadores para esta importante intervención:

INDICADOR	FORMULA		FUENTE DE INFORMACIÓN
Porcentaje de niños/as de 0 -23 meses que estaban moderada o severamente desnutridos durante el último contacto	No. de niños/as con peso/edad menor que el punto de corte para desnutrición de 2do grado	X100	Tarjeta de monitoreo de crecimiento en la carpeta familiar
	N. total de niños/as de 0 - 23 meses		resumen Censal o tarjeta familiar
Porcentaje de niños/as inscritos en el programa de rehabilitación nutricional durante el año pasado	No. de niños/as desnutridos inscritos en el programa de rehabilitación nutricional	X100	Tarjeta de monitoreo de peso en la carpeta de salud familiar
	No total de niños/as que se encontraron desnutridos y eran elegible para el programa		Tarjeta de monitoreo de crecimiento en la carpeta de salud familiar

En muchos países en desarrollo no es raro encontrar tasas de desnutrición moderada de tal vez 20 y 30 por ciento, y tasas de desnutrición severa entre 1 a 5 por ciento del total de la población infantil (menor de cinco años). Bajar estas tasas y mejorar el estado nutricional de estos niños/as requerirá intervenciones intensivas que deben ser medidas y monitoreadas en el contexto de la metodología con BCOI.

### ***Conocimiento de Salud Pública***

Los conocimientos y prácticas de los clientes de mensajes de salud preventiva son tal vez los dos factores más importantes que contribuyen a reducir las enfermedades y muertes en su área de servicio. La habilidad para identificar las principales causas de muerte es crítico para el éxito del programa, para crear mensajes preventivos efectivos para su población de clientes, y para motivar individuos y familias a cambiar ciertos comportamientos. Así pues, es importante para su programa medir los logros en esas zonas e identificar las áreas dónde se requiere mejorar. Abajo exponemos algunas de los temas mas probables sujetos a medicion: identificación y tratamiento de la diarrea; identificación y tratamiento de las enfermedades respiratorias agudas; uso y acceso a agua segura y eliminación de los desechos.

***Tratamiento de Rehidratación Oral (TRO)*** Como la diarrea continua siendo una de las mayores causas de muerte de los niños/as menores de cinco en los países en desarrollo, el conocimiento y uso del TRO es una intervención importante para prevenir muertes. Cada programa de salud, en coordinación y con la guía

del MSP, deberá decidir que mensajes son apropiados para su población de servicio. De acuerdo a UNICEF, los mensajes claves pueden incluir:

- Continuar alimentando y amamantando
- Mezcla y administración correcta de los líquidos caseros para rehidratación o bolsitas de TRO
- Referencia oportuna a la clínica (eses con sangre, o diarrea que dura más de dos semanas)

Una familia que sabe estos tres mensajes, se contará como familia que “conoce”. No hay conocimiento parcial. La familia sabe todo o no sabe nada. La fecha de este conocimiento es confirmado por el TCS o el voluntario de salud, y debe ser anotado en la carpeta de salud familiar o en un formulario separado para después añadirlo a la carpeta. Un supervisor puede hacer la validación a través de entrevistas o demostraciones por los miembros de la familia.

INDICADOR	FORMULA		FUENTE DE INFORMACIÓN
Porcentajes de madres que repiten adecuadamente los tres mensajes clave UNICEF	No de madres con niños/as entre 0 - 23 meses de edad que repiten correctamente los tres mensajes	X100	Carpeta de salud Familia
	No. total de madres con niños/as de 0 - 23 meses de edad		Resumen censal o tarjeta familiar
Porcentaje de madres que pueden preparar apropiadamente la bolsita de TRO	No. de madres con niños/as de 0 - 23 meses de edad que preparan apropiadamente la bolsita de TRO	X100	Carpeta de salud familiar
	No. total de madre con niños/as de 0 - 23 meses de edad		Resumen censal o tarjeta familia

*Infecciones Respiratorias Agudas (IRA). Esta es otra de las causas más frecuentes de muerte de niños/as menores de cinco años en los países en desarrollo. Cada familia debería tener por lo menos un miembro quien pueda manejar efectivamente un caso de IRA.*

***Infecciones Respiratorias Agudas (IRA).*** Esta es otra de las causas más frecuentes de muerte de niños/as menores de cinco años en los países en desarrollo. Cada familia debería tener por lo menos un miembro quien pueda manejar efectivamente un caso de IRA. Los mensajes más importantes para prevenir la muerte por IRA incluyen:

- Poder detectar las señales tempranas de enfermedad (El niño se ve enfermo, no está comiendo o bebiendo, está letárgico y con fiebre)
- Continúe con los líquidos y la comida

*El acceso al agua segura y la eliminación apropiada de desechos humanos también puede tener un impacto enorme en la salud familiar y su comunidad.*

- Referir oportunamente a la clínica al niño con señales de peligro (respiración rápida o difícil, con frecuencia respiratoria de > 50 por minuto para niños/as mayores de un año y > 60 si el niño es menor de uno; está inconsciente; vomita todo; tiene fiebre alta y pecho hundido)

Para las IRA, es crítico reconocer cuando se debe traer al niño a la clínica para un tratamiento. Una IRA se puede tornar grave en un día, y la muerte puede ocurrir dos o cuatro días desde que comienza. Retrasar la búsqueda de atención aumentará el riesgo de muerte, y el tratamiento con antibióticos debe comenzar inmediatamente. Así pues, una medida de conocimientos apropiados incluiría:

INDICADOR	FORMULA		FUENTE DE INFORMACIÓN
Porcentaje de madres que pueden repetir apropiadamente por lo menos tres de las señales de peligro de las IRA, y sabe que debe buscar atención de salud inmediatamente	No. de madres con niños/as de 0 - 23 meses de edad que repite correctamente la tres señales de peligro y sabe que hacer	X100	Carpeta de Salud Familiar
	No. total de madres con niños/as entre 0 - 23 meses de edad		Resumen censal o tarjeta familiar

**Agua Segura.** Por lo general esta intervención tiene dos componentes de conocimiento: acceso y uso apropiado. El acceso al agua segura puede tener un impacto enorme en la salud de toda la familia. La definición de 'agua segura' tiene que ser definida localmente, ya que diferentes países utilizan diferentes estándares. Ciertamente, queremos asegurar que los miembros de la familia tomen agua potable que ha sido hervida por el tiempo adecuado, o ha sido purificada con alguna forma de tratamiento. El uso apropiado de agua segura, con frecuencia, está asociado a prácticas de almacenamiento adecuadas sin las cuales el agua puede contaminarse y ya no ser segura. ¿Qué medidas se pueden desarrollar para indicar los avances en ese tema en las áreas de su programa de salud?

INDICADOR	FORMULA		FUENTE DE INFORMACIÓN
Porcentaje de familias con agua potable en la casa y almacenada en forma segura	No de familias en cuyas casas se observó agua almacenada en forma segura	X100	Información de la encuesta o carpeta de salud familiar
	No. total de familias en el área que está midiendo		Resumen censal o tarjeta familiar

**Eliminación Sanitaria de Desechos Humanos.** La eliminación apropiada de desechos humanos también puede tener un impacto enorme en la salud familiar y su comunidad. Un indicador adecuado de este tema, debe determinar cuantas familias eliminan las excretas humanas en forma sanitaria. Este indicador se mide a nivel familiar ya que el comportamiento es básicamente una medida del hogar. El comportamiento en el lavado de manos sirve como un indicador importante de la higiene personal y familiar.

*El comportamiento en el lavado de manos sirve como un indicador importante de la higiene personal y familiar.*

INDICADOR	FORMULA		FUENTE DE INFORMACIÓN
Porcentaje de familias con letrina u orta facilidad sanitaria que esta razonablemente limpia y funcionando bien	No de familiar que se observo que tenían una facilidad sanitaria que estaba limpia y funcionando bien	X100	Información de la encuesta o carpeta de salud familiar
	No. total de familias en el área de medición		Resumen censal o tarjeta familiar
Porcentaje de madres que informan lavarse las manos después de defecar y antes de preparar la comida	No. total de madres que informan prácticas adecuadas de lavado de manos	X100	Información de la encuesta o carpeta de salud familiar
	No total de madres entrevistadas		Resumen Censal o tarjeta familiar

*Dada la riqueza de la información que provee el enfoque con BCOI, su programa podrá calcular las tasas de mortalidad para cada grupo de edad y sexo que le interese para la planificación y evaluación de su programa.*

## Mida las Tasas de Mortalidad

Dada la riqueza de la información que provee el enfoque con BCOI, su programa podrá calcular las tasas de mortalidad para cada grupo de edad y sexo que le interese para la planificación y evaluación de su programa. Abajo le proporcionamos los indicadores y fórmulas más comunes que su equipo querrá calcular y vigilar.

INDICADOR	FORMULA		FUENTE DE INFORMACIÓN
Tasa de Mortalidad Neonatal (TMN)	No. de muertes. de niños/as menores de 28 días	X1,000	Registro de muertes
	Total de No. de nacidos vivos.		Registro de nacimientos
Tasa de Mortalidad Infantil (TMI)	No. de muertes. de niños/as menores de 1 año	X1,000	Registro de muertes
	No. total de nacidos vivos		Registro de nacimientos
Tasa de mortalidad de 1 - 4	No. de muertes. de niños/as. 1 - 4 años	X1,000	Registro de muertes
	No. total de nacidos vivos		Registro de nacimientos
Tasa de mortalidad del menor de cinco, 0 - 4 años(TMM5A)	No.de muertes. de niños/as menores de cinco	X1,000	Registro de muertes
	No. total de nacidos vivos		Registro de nacimientos
Tasa Muerte Materna (TMM)	No. de muertes de mujeres debidas a complicaciones del embarazo, parto o durante el período post natal	X100,000	Registro de muertes
	No. total de nacidos vivos		Registro de nacimientos

La preparación de la información para el cálculo de estas tasas se simplificará porque ha sido bien registrada a través del proceso de BCOI. Es decir, los cuadros resúmenes de población estarán a la disposición después del censo, o la actualización anual, y habrá información sobre nacimientos y muertes provenientes de los registros de los eventos vitales.

Anotaciones adicionales sobre las tasas que se incluyen arriba:

- **La tasa de mortalidad neonatal (TMN)** mide la proporción de infantes que llegue a los 28 días de vida, por cada 1,000 nacidos vivos durante el mismo período. El número de muertes no incluirá los mortinatos, malos partos o abortos (que también recomendamos que su programa recoja, si es posible). Estos no son considerados nacidos vivos o muertes. Un ‘nacido vivo’ es cuando el recién nacido respiró, se movió y/o lloró.
- **La tasa de mortalidad infantil (TMI)** mide el riesgo de muertes entre infantes de 0-11.99 meses. Es una tasa que mide cuantos murieron antes de su primer año de nacido por cada 1,000 nacidos vivos.
- **La tasa de mortalidad de uno a cuatro años** mide la proporción de muertes de niños/as quienes lleguen al año de edad y hasta los cinco años, por cada 1,000 nacidos vivos.
- **La tasa del menor de cinco (TMM5A)** mide el riesgo de muertes de todos los infantes y niños/as menores de cinco años de edad (0-4.99 meses). Es una tasa que mide cuantos murieron antes de su quinto cumpleaños por cada 1,000 nacidos vivos.
- **La tasa de mortalidad materna (TMM)** mide cuantas mujeres mueren como resultado de complicaciones del embarazo y parto. Ocurre con menos frecuencia que la mortalidad infantil, y como resultado, la norma aceptada es reportar el número de muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos, en vez de los 1,000 nacidos vivos que se utiliza para calcular otras tasas.

Algunos expertos recomiendan acumular por lo menos 20 muertes antes de calcular una tasa de mortalidad en particular, mientras que otros expertos recomiendan que se calculen las tasas solamente de poblaciones de por lo menos 10,000 ;y otros hasta dicen más de 100,000!. (Está última cifra es más cierta, cuando se calcula la tasa de mortalidad materna; ver el ejemplo de arriba.) Esta controversia existe porque mientras más muertes ocurren, se considera estadísticamente más estables los estimados de la mortalidad. Obviamente, trabajamos con los que se nos presenta en nuestra área de servicio. En términos prácticos hemos encontrado que poblaciones pequeñas de por ejemplo 5,000 habitantes nos brindarán cifras de mortalidad suficientes como para rastrear las tasas con el paso del tiempo. Estas tasas estarán sujetas a mayor variación estadística cada año. Es decir, subirán y bajarán debido a la variación estadística al ‘azar’, que por tasas generadas con poblaciones comparables o mas grandes. Sin embargo, aun las poblaciones muy pequeñas tienen riqueza de detalle, y aparejadas con las investigaciones de autopsia verbal y reuniones de evaluación de mortalidad, nos proveerán información importante; tanto para guiar la planificación, como para evaluar la efectividad del programa y su impacto.

*... aun las poblaciones muy pequeñas tienen riqueza de detalle, y aparejadas con las investigaciones de autopsia verbal y reuniones de evaluación de la mortalidad, nos proveerán información importante para tanto guiar la planificación como para evaluar la efectividad del programa y su impacto.*

*En vez de aceptar como 'destinadas' el alto número de muertes, los cambios en las tasas de mortalidad empoderan la comunidad para poder ver que sus propias actitudes y comportamientos impactan directamente en la salud de sus familias y su longevidad.*

*Solo recoja lo que utiliza y utilice lo que recoja. Si la información no se usa, bótela.*

Evaluar la mortalidad local, puede darle a la comunidad a una nueva perspectiva de la importancia de la alta calidad de atención del servicio de salud. En vez de aceptar como 'destinadas' el alto número de muertes, los cambios en las tasas de mortalidad empoderan a la comunidad para poder ver que sus propias actitudes y comportamientos impactan directamente en la salud de sus familias y su longevidad. ¿Cuales son las mayores causas de muertes en la comunidad? ¿Están las intervenciones y comportamientos reduciendo el número de muertes? Cualquier miembro de la comunidad entiende muy bien esta clase de preguntas e información y los miembros de la comunidad la consideraran un primer indicador del éxito del programa de salud.

## Los Siete Filtros

Invariablemente, parece que la información crea más información y que el volumen de información continuará creciendo con el tiempo. Siempre parece fácil agregar 'un solo dato más' a cualquier sistema, y siempre será más difícil recortar la recolección de información, sea la información esencial o no. Es más, hay algunas razones por la que la recolección de información puede ser más agradable a los trabajadores de salud que dar atención directa de servicios:

- La recolección de información se ve oficial, y 'justifica' el puesto del visitador domiciliario.
- Los datos están en blanco y negro. (Uno sólo tiene que escribir 'hechos,' tal vez evadiendo las incómodas realidades de la enfermedad y tratamiento.) La información no le responde en voz alta y no es interactiva.
- La recolección de información llena los requisitos de trabajo y es tangible y medible.

Para poder luchar contra este creciente volumen de información, realice revisiones periódicas de cada porción de información recolectada para asegurarse de que toda este siendo utilizada. Cada seis meses lleve a cabo una reunión con el equipo para revisar como se está utilizando la información. Esto le ayudará a evitar inundarse de información. Solo recoja lo que utiliza y utilice lo que recoja. Si la información no se usa, bótela.

## ¿Sus indicadores seleccionados pasan los Siete Filtros?

1. ¿El indicador aborda el problema?

2. ¿Hay relación probada entre el indicador y lo que se quiere medir (relevancia)?

3. ¿Es bueno saber o necesitamos saber?

4. ¿Es útil para la planificación y gerencia?

5. ¿Es posible medirlo técnicamente?

6. ¿Vale la pena el tiempo y esfuerzo?

7. ¿Mide un proceso o impacto?

## Análisis de la Información

### Evaluación de la Mortalidad

Las reuniones de evaluación de la mortalidad deben llevarse a cabo con la frecuencia adecuada, que permita la revisión cuidadosa de todas las muertes recientes, así como de los formularios recolectados durante el período del informe anterior. Se necesitará tiempo para la discusión, análisis, conclusiones y recomendaciones, y la elaboración de un plan de acción. Esto puede requerir reuniones que sean tan frecuentes como las trimestrales o tan espaciadas como las anuales, esto dependerá del tamaño del área de servicio del programa de salud y del número de muertes que ocurran. Entre los participantes se debe incluir a los TCS, sus supervisores y el personal de salud involucrado en realizar y revisar los formularios de las autopsias verbales. Puede que los voluntarios de salud y los líderes comunitarios quieran también participar, y se les debe animar para que lo hagan. Las fuentes de datos deben ser: el registro de muertes, los formularios de las autopsias verbales, carpetas familiares relacionadas y registros clínicos relevantes.

El propósito general de estas reuniones, es determinar los factores que contribuyen a la mortalidad en los grupos específicos por edad y sexo e identificar acciones que se pueden tomar para reducir futuras muertes prevenibles. Esto se hace siguiendo el proceso de:

- Análisis de las muertes por causa y categorías de edad y sexo

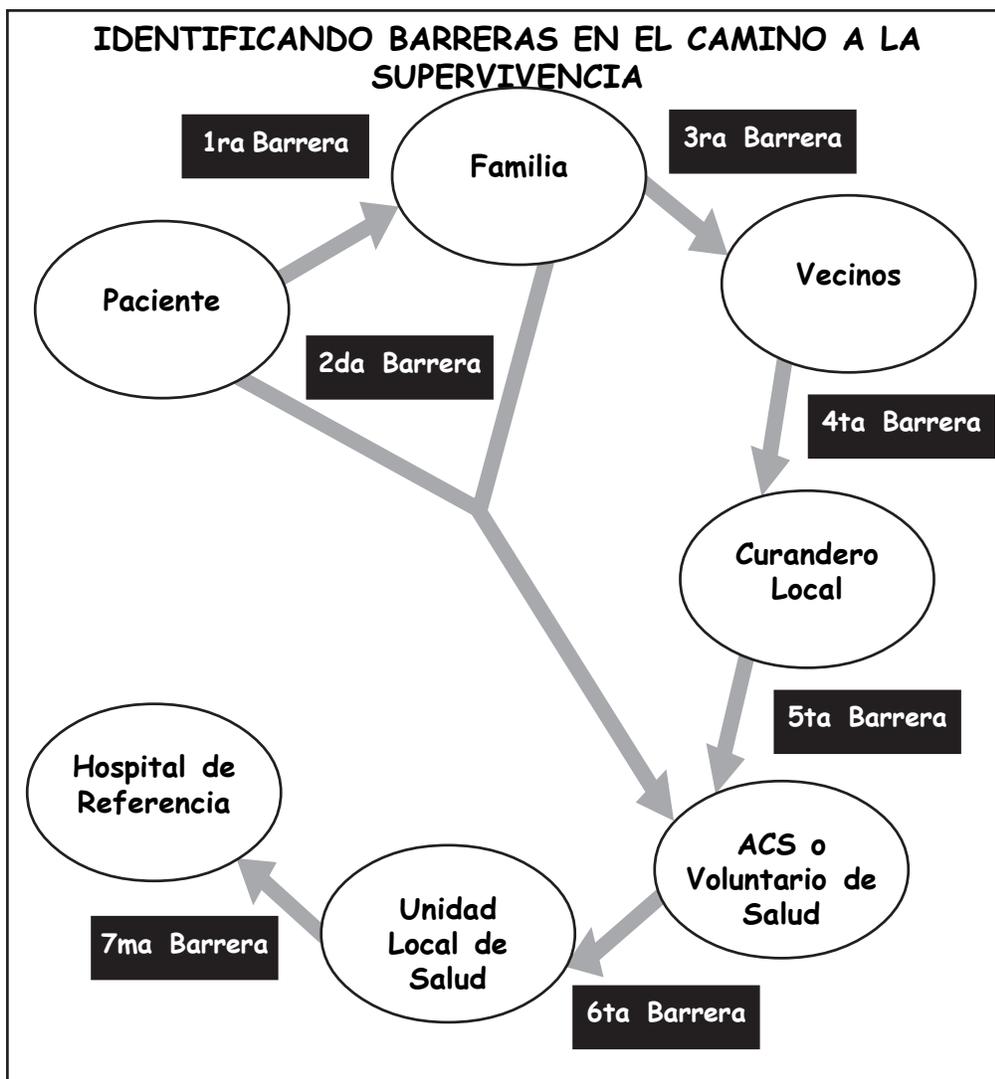
*El propósito general de estas reuniones es determinar los factores que contribuyen a la mortalidad en los grupos específicos por edad/sexo e identificar acciones que se pueden tomar para reducir futuras muertes prevenibles.*

- Selección de un grupo de muertes para estudiar cuales pudieran haber sido prevenidas
- Análisis de estos casos utilizando las carpetas familiares de salud, autopsias verbales y otra información accesible
- Formulación de conclusiones y recomendaciones
- Creación de un plan de trabajo para realizar acciones correctivas

El diagrama esquemático en la siguiente página demuestra como se pueden analizar las muertes observando las ‘barreras en el camino de la supervivencia’.

Las barreras pueden ocurrir dentro de la familia, en el hogar, en la comunidad y en el sistema de salud. Una persona enferma y su familia puede que no reconozca las señales de peligro de una enfermedad, puede estar mal informada sobre como enfrentar el problema, o no buscar los servicios de salud porque percibe barreras. La información y recursos comunitarios pueden también ser insuficientes para resolver la situación esto resulta en retrasos que subsecuentemente, causan la muerte. Por último, puede darse una serie de problemas relacionados con la accesibilidad y prestación de servicios de salud. Estos podrían ser: falta de un sistema de transporte de emergencia; falta de un trabajador de salud local o voluntario para ofrecer servicios o apoyo; falta de la unidad de salud local para diagnosticar o tratar correctamente el problema; falta de personal o equipo adecuado, o fallas en el proceso de referencia que lleva a una muerte prevenible. Estas barreras se analizan durante el proceso de evaluación de las muertes y se hacen conclusiones y recomendaciones. Finalmente, en base de estos resultados, se prepara un plan de acción que orientará las acciones para reducir estas barreras en contra del cuidado efectivo y oportuno.

*... en base a estos resultados, se prepara un plan de acción que orientará las acciones para reducir estas barreras en contra del cuidado efectivo y oportuno.*



### **Cómo Atribuir el Impacto de la Mortalidad a Su Programa de Salud**

Además de las actividades de evaluación de la mortalidad descritas arriba, su programa también calculará las tasas de mortalidad anual para determinar el impacto del programa de salud. Estas tasas de mortalidad pueden ser afectadas por fuerzas mayores sociales y ambientales que están fuera del impacto causado por el programa. La salud pública y los profesionales de ciencias sociales, describen formalmente estas fuerzas externas como una “amenaza a la validez” de sus propuestas que el programa de salud es la causa primaria de la disminución de la mortalidad. Estas amenazas clásicas a la validez incluyen: la historia, pruebas, instrumentación, regresión estadística, selección, mortalidad, difusión de la intervención, tratamientos compensatorios para lograr equidad y rivalidad compensatoria, o la desmoralización resentida por parte de los grupos de comparación. (Cook y Campbell, 1979)

Una forma común de minimizar las amenazas de la interpretación causal es medir una población ‘control’ que es *idéntica* a la del programa de salud (intervención), la excepción es que no recibe servicios de salud. En la “vida real” de la programación de APS, esto es muy difícil, sino, imposible de lograr. Es muy obvio que sería

*Estas alternativas dan respuesta a muchas de las preocupaciones de la interpretación causal, pero sin las violaciones éticas que encontramos en el diseño clásico de estudio con grupos control.*

inconsciente considerar no darle servicio de salud a una población necesitada sólo para evaluar impacto diferencial. Si no hay recursos accesibles para dar servicios de salud a todos en un área, teóricamente sería justificable proveer servicios solo a una parte de la población. Sin embargo, en la mayoría de los casos, es difícil imaginar una situación en que las poblaciones locales aceptarían tal un estudio, o que por lo menos se le ofrezca la certeza de que podrían tener entrada al programa de salud en el futuro. Es más, los aspectos prácticos de implementar con éxito una estrategia como esa son desalentadores. Además, esta es una comprometedor situación ética que la mayoría de los profesionales de salud preferiría evitar. Afortunadamente, hay alternativas éticamente menos ofensivas a la de población ‘control’. Estas alternativas dan respuesta a muchas de las preocupaciones de la interpretación causal, pero sin las violaciones éticas que encontramos en el diseño clásico de estudio con grupos control. Las revisaremos brevemente.

### ***Grupos de Comparación***

En este estudio, se busca un grupo de población similar a la población de intervención, pero en este, los servicios de salud ya establecidos no son controlados, sino más bien documentados y continúan sin interrupción. Esto permite el estudio de una población de ‘comparación’ (con un servicio de salud establecido que se presume de inferior calidad) que es muy similar a, pero claramente no es idéntico a, la población de intervención. Todos los otros factores que pueden explicar las diferencias entre las dos poblaciones pueden ser comparados y medidos, permitiendo a los directores de estudio describir las verdaderas diferencias entre las dos poblaciones y (esperan) minimizar las ‘amenazas a la validez’ que estos factores causarían si se hiciera de otra forma. Al finalizar el estudio, los directores podrán comparar las tasas de mortalidad antes, y después de la introducción de los servicios de salud en el área de intervención con los del área de comparación, así como también, describir otros factores que pudieran sistemáticamente diferir en las dos áreas, dando la oportunidad para atribuir la disminución de la mortalidad en el área de intervención del programa de salud.

### ***Estudio por Cohortes***

En este enfoque, se evalúan las características de los individuos que quiere estudiar en su área de intervención, y los trata de comparar con individuos (por sí solos o en grupo) de la misma área que tuvieron diferentes resultados. Por ejemplo, por cada muerte de niño menor de cinco años en su área de programa, puede ver la información básica del censo y la información de salud recolectada de ese individuo y compararla con la de un individuo que parece similar en casi todos los factores, pero que no murió. Busca identificar las diferencias entre estos individuos que le proveerán claves significativas de los diferentes resultados. Cohortes también puede seguir en forma longitudinal (dependiendo que estudia), para buscar tendencias emergentes.

### ***Otros Proyectos de Salud Similares en el País***

Esta comparación permite limitada o ninguna posibilidad de comparar factores que pudieran influenciar los resultados. Sin embargo, ofrecerá observaciones como poblaciones similares responden a los diferentes tipos de servicios.

### ***Información Local y Nacional***

Esta es una forma rápida y útil de comparar los adelantos en su área de proyecto con información similar de otras áreas del país. Este enfoque permite un aparente control de factores que están afectando las tasas de mortalidad a nivel regional y nacional pero sobre todo, continua siendo un diseño de estudio mucho más débil. Además, la forma en la cual se recolecta y reporta la información sobre mortalidad puede variar en forma considerable, lo que complica aún más las comparaciones. Si tiene interés en este enfoque y no tiene acceso inmediato a la información a nivel nacional, puede contactar la Base de Datos Internacional (BDI), un banco de información computarizada que contiene tablas estadísticas, demográficas y socioeconómicas de 227 países y áreas del mundo (en <http://www.census.gov/ipc/www/idbnew.html>). O puede ponerse en contacto con el programa Demographic and Health Survey Program (Programa de Encuestas Demográfica de Salud) (visitando la pagina web <http://www.measuredhs.com>).

### ***Tendencias Demográficas Intra-programa a traves del Tiempo***

Dentro de su programa de salud, debe siempre poder comparar la tasa de mortalidad actual con los resultados pasados. En otras palabras, ¿cómo están cambiando las tasas de mortalidad? Compare las tasas año con año. ¿Hay diferencias que con el tiempo se puedan medir? ¿Está mejorando la calidad de vida? ¿La información sobre uso de los servicios de salud se puede relacionar con las diferentes tasas de mortalidad? Hemos observado situaciones de cambio en los servicios de salud en particular, que resultaron en cambios en el comportamiento del cliente y con el tiempo en tasas de mortalidad por causas específicas. Este es un ejercicio de mortalidad enormemente útil realizar cuando se efectúan reuniones de evaluación, o durante las evaluaciones anuales.

### ***Evalúe y Planifique Anualmente***

El plan anual de trabajo sirve como base para toda la actividad del programa, para el monitoreo, supervisión y evaluación. Anualmente, el personal de su programa de salud participará en un taller de evaluación para revisar todos los objetivos del programa y los indicadores para confirmar que las actividades fueron llevadas a cabo y los resultados esperados se lograron. En el caso de los objetivos que no se lograron, se debe hacer un análisis para determinar que barreras hubo para completarlos. Estos resultados se utilizarán durante el taller anual de planificación para el año siguiente, para decidir las acciones a tomar el año que viene y para enfrentar los problemas y barreras encontrados en el año pasado.

*Hemos observado situaciones de cambio en los servicios de salud en particular, que resultaron en cambios de comportamiento de los clientes, y con el tiempo en tasas de mortalidad por causas específicas. Este es un ejercicio de mortalidad enormemente útil realizar cuando se efectúan reuniones de evaluación, o durante las evaluaciones anuales.*

### ***Taller de Evaluación***

La estructura del taller anual de evaluación debe fluir del esquema del plan anual. Es decir, los objetivos e indicadores están divididos por intervención o por otros temas, tales como: apoyo logístico, supervisión, actividades de desarrollo comunitario y farmacia, por nombrar algunos de los temas más frecuentes. Los temas transversales también se pueden abordar en este momento tales como: comunicación para cambios de comportamiento; voluntarios de salud; o destrezas para el manejo del tiempo. Debe participar todo el personal local del programa, incluyendo a todos los voluntarios de salud y debe asignarse suficiente tiempo al evento. Hemos encontrado que el taller de evaluación anual, por lo general, requiere de tres a cinco días. La reunión debe llevarse a cabo en un lugar de la comunidad local, para acomodar a todos los miembros del equipo, así como también para proveer comida y recreación durante los descansos, si esto es posible.

***Debe participar todo el personal local del programa, incluyendo a todos los voluntarios de salud y debe asignarse suficiente tiempo al evento.***

Grupos pequeños de trabajo es una forma de proceso para completar el taller en un tiempo y manera eficiente. Para cada intervención por tema, forme grupos pequeños, compuestos de uno o más individuos que estén familiarizados con el tema y otros que no lo estén. El tamaño de cada grupo variará (pero por lo general no excede de cinco miembros) y dependerá de la cantidad de extracción de información y de análisis que se requiere. Pida a todos los grupos utilizar el rota folio, marcadores y utilizar una forma estándar de columnas. Lo que quiere decir que presentaran cada objetivo, indicadores y formulas que se refiera al objetivo, los resultados logrados, las observaciones y recomendaciones que se ofrecen. Muchos grupos estarán trabajando al mismo tiempo y los supervisores y gerentes rotaran alrededor de ellos para brindar ayuda constante, contribuciones para la solución de problemas y para animarlos.

Usualmente se desarrolla un ritmo después de varias horas de trabajo concentrado en grupos pequeños, seguido por un informe a la plenaria, lo que tal vez se repetirá dos veces al día. Algunos grupos completarán sus tareas antes que otros y los supervisores deben anticipar esto, guiando a los individuos que han completado su trabajo en otras tareas que se relacionen con el próximo grupo de intervenciones que se tiene que revisar. Durante las sesiones plenarias, los miembros de los grupos compartirán la responsabilidad en la presentación de resultados. Los miembros de los grupos se turnarán para:

- Revisar cada objetivo de la intervención, todos los indicadores y los resultados que se produjeron.
- Describir como se calcularon los indicadores, dónde se encontró la información y cualquier observación que podría ser útil en el próximo taller de planificación.
- Al final de cada presentación de debe dar al grupo plenario conclusiones y recomendaciones seguido por una discusión general, pidiendo comentarios adicionales y sugerencias. Estas se deben anotar directamente en las hojas de trabajo de la presentación.

El proceso arriba descrito debe repetirse hasta que todos los grupos de trabajo

hayan dado sus informes. Una sesión de resumen al final del taller da la oportunidad para identificar temas predominantes que han emergido y para planificar el próximo taller que se realizará pronto; el taller anual de planificación.

En el pasado hemos tratado de combinar tanto el taller anual de planificación y evaluación en un solo evento, pero inevitablemente tener ambas reuniones se hace demasiado largo y se pierde la creatividad e impulso antes de completar el nuevo plan anual. Recomendamos que se separen ambos talleres por unas semanas. En Bolivia se dio un ciclo natural anual cuando la evaluación se realizó a principios de diciembre y se siguió con el taller de planificación a principios de enero. El reto de esta programación fue mantener suficiente personal en las áreas del programa trabajando durante los talleres y durante la fiesta de Navidad. De nuevo, el trabajo administrativo del programa no debe interferir con la prestación de servicios aunque esto a veces es imposible de evitar.

Es difícil pero muy importante para que la reunión sea exitosa animar el buen humor, lograr formación de equipo, crítica positiva al igual que seriedad en las tareas por realizar. Es esencial realizar una planificación cuidadosa antes del evento. Los descansos recreativos pueden ser football, volleyball, ping pong u otros deportes en los cuales ambos hombres y mujeres pueden participar, y que les ayude a descansar después de largas horas de reunión. Se debe formar un comité de recreación para que dé ideas de cosas divertidas que los participantes pueden hacer a lo largo de la reunión.

### ***Como Planificar el Taller***

En muchas formas, el taller de planificación se asemeja al taller de evaluación que se acaba de efectuar. Más adelante, será guiado por los resultados de análisis de datos llevados a cabo durante los talleres de evaluación. Los participantes del taller de evaluación deben ser los mismos que asistirán al taller de planificación. Además, se debe invitar a los líderes comunitarios para que nos alimenten información sobre las preferencias y prioridades de la comunidad, para revisar los planes de trabajo que se sugieran y para que nos den sus propias recomendaciones.

Se revisaran de nuevo las hojas de resumen del taller de evaluación anterior y se utilizarán para empezar a desarrollar cuadros de intervención. Estos cuadros deben incluir: objetivos (con metas medible), actividades, indicadores, personas responsables, y programación del tiempo. Nuevamente, serán necesarios tres o cuatro días. Los pequeños grupos de trabajo serán el motor que impulsa el desarrollo de un nuevo plan y la organización del taller. La facilitación será similar a la del taller de evaluación. El resultado final será un plan de trabajo escrito que estará a disposición de todo el personal y los miembros de la comunidad que tengan interés. Este trabajo anual deberá prepararse y estar listo en no más de dos semanas después de la finalización del taller.

*Es difícil pero muy importante para que la reunión sea exitosa animar el buen humor, lograr formación de equipo, crítica positiva al igual que seriedad en las tareas por realizar.*

*... se debe invitar a los líderes comunitarios para que nos alimenten información sobre las preferencias y prioridades de la comunidad, para revisar los planes de trabajo que se sugieran y que nos den sus propias recomendaciones.*



# CAPITULO IX: Asegurar la Calidad

*... juegos de instrumentos que se han utilizado con éxito como parte de proceso de M&E y el proceso de control de calidad (CC). ... incluyendo listas de control de los supervisores, listas de control de comportamientos y listas para control cruzado con otras fuentes de datos.*

## Gerencia

El enfoque con BCOI exige un compromiso con la aplicación de un sistema de monitoreo y evaluación (M&E) que incluya la participación de las comunidades locales, los trabajadores de campo, los voluntarios y las unidades de salud. En este capítulo discutiremos los elementos claves del sistema de M&E que nos aseguran la calidad de los servicios ofrecidos y por lo tanto, incrementará las oportunidades de mejorar los resultados e impactos en salud. Empezaremos por revisar las necesidades y capacidades que se requieren en el personal clave del sistema de salud BCOI y como calcular los recursos humanos necesarios. También analizaremos la programación rutinaria que deben realizar el personal y los voluntarios para asegurarnos que haya un manejo eficiente del tiempo.

Además, en este capítulo vamos a presentar juegos de instrumentos que se han utilizado con éxito como parte de proceso de M&E y el proceso de control de calidad (CC). Estos incluyen listas de control de los supervisores, listas de control de comportamientos y listas para control cruzado con otras fuentes de datos. También vamos a examinar como desarrollar mensajes de salud para promover cambios de comportamientos positivos, y terminaremos el capítulo con una discusión del rol de las computadoras en el apoyo del proceso de la metodología con BCOI.

## Requisitos del Personal

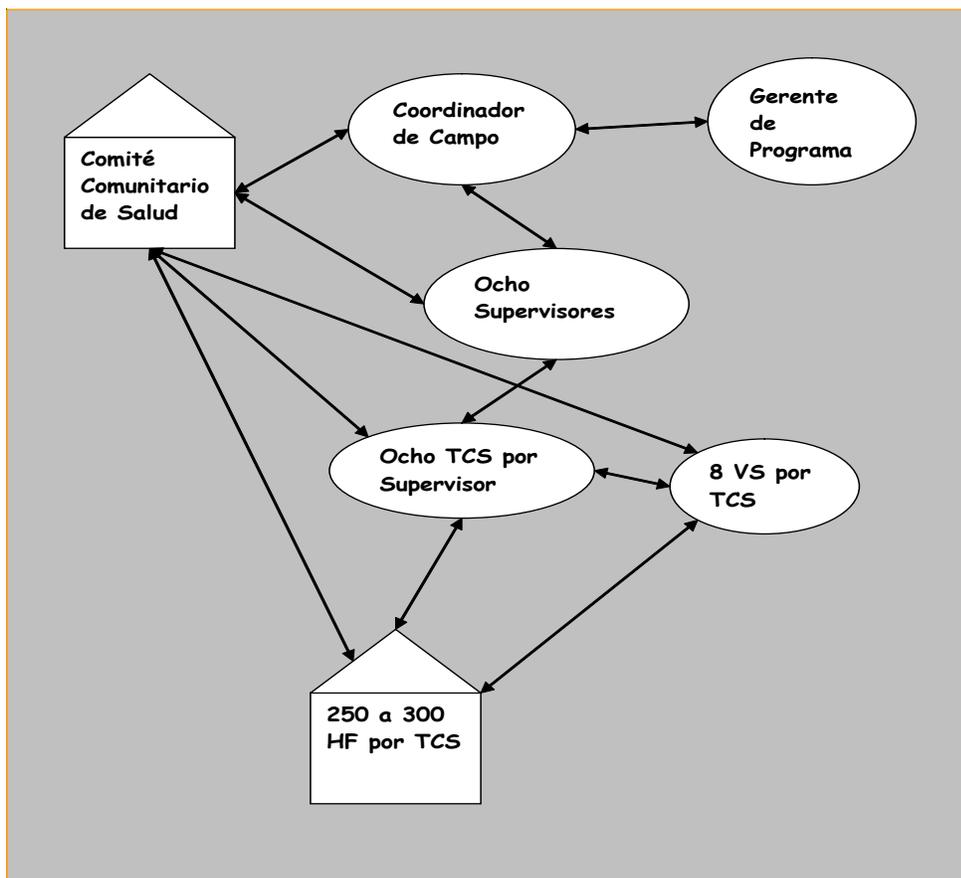
Por lo general hay varios niveles o “grupos” de trabajadores de salud en un programa con el sistema BCOI. Estos incluyen:

- **1. Trabajadores de primera línea.** Los voluntarios comunitarios de salud (VS) y los trabajadores comunitarios de salud asalariados (TCS) hacen visitas domiciliarias, realizan reuniones de grupo, y/o participan en grupos de auto cuidado, discutido en el Capítulo VII.
- **2. Supervisores.** Alrededor de ocho TCS son supervisados por un supervisor de campo y ocho voluntarios son manejados por un supervisor. En el caso de un sistema de BCOI que depende mayormente en visitas domiciliarias y reuniones de grupo, los supervisores de los voluntarios por lo general son TCS, responsables por sectores específicos de servicios geográficamente definidos en donde ofrecen servicios. En el caso de los grupos de auto cuidado, el supervisor (‘animador’) puede, o no, ser el TCS.

- **3. El gerente de programa y coordinador de campo.** Hay un gerente de programa por cada área de programa (por lo usual una municipalidad o un grupo de municipalidades que componen un distrito). También hay uno o más coordinadores de campo quien(es) supervisa(n) a ocho supervisores.
- **4. Los líderes comunitarios y comités de salud.** Por lo general hay una persona en particular en el comité de salud a quien se delega oficialmente las actividades del programa, por aldea/comunidad/ municipalidad o grupo de aldeas/comunidades/ municipalidades. Generalmente encontrará un comité de salud por aldea, comunidad o municipalidad, aunque esto varía mucho y depende de las estructuras y normas comunitarias locales.

Los dos esquemas que siguen, demuestran las relaciones entre los actores del programa de salud, uno con el enfoque de visita domiciliaria/reunión de grupo y otra con el enfoque de grupo de auto cuidado. Recuerde que los grupos de autocuidado también se pueden combinar con la estrategia de visita domiciliaria/reunión de grupo, ofreciendo así educación en salud preventiva y servicios básicos de APS en la comunidad.

### Patrón para el personal de Visitas Domiciliarias

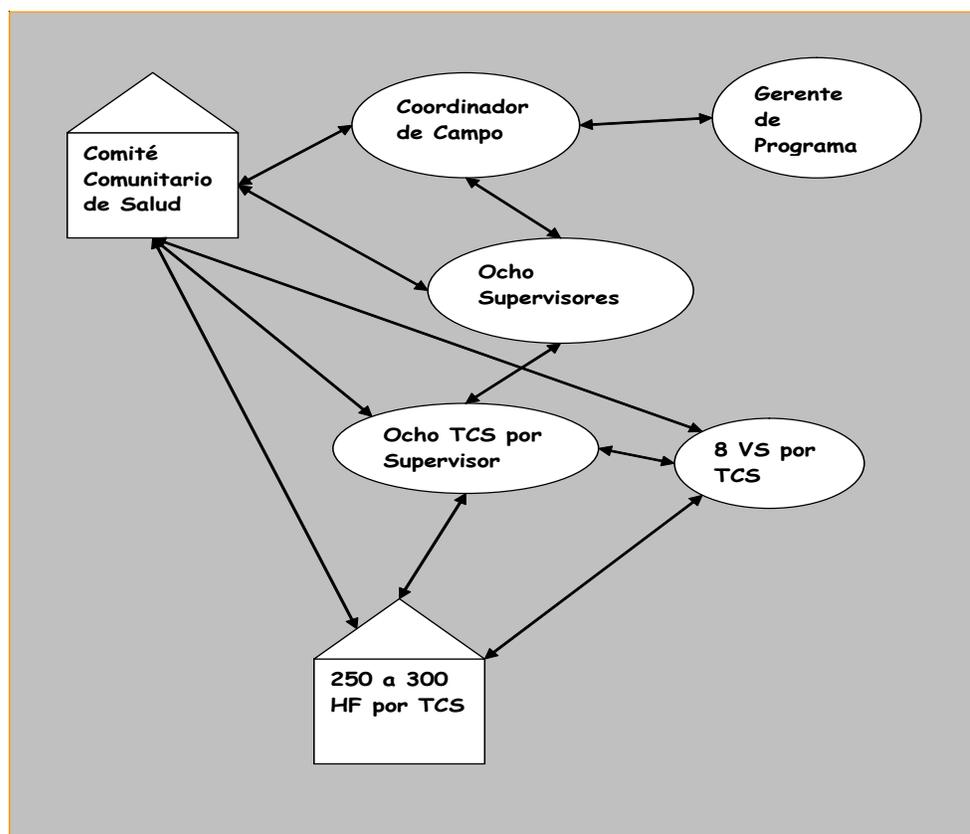


**Clave:** TCS = Trabajador Comunitario de Salud  
 VS = Voluntario de Salud  
 HF = Hogar, o familia

*Recuerde que los grupos de auto cuidado también se pueden combinar con la estrategia de visita domiciliaria/reunión de grupo, ofreciendo así educación en salud preventiva y servicios básicos de APS en la comunidad.*

## Patrón para el personal de Grupos de Auto cuidado

*En ambos diagramas, el comité de salud de la comunidad está siempre presente por su habilidad para funcionar en todos los niveles del programa de servicios, actuando como representante de las familias, voluntarios de salud, así como también personal del programa.*



**Clave:** VS = Voluntario de Salud  
HF = Hogar, o familia

En el ejemplo del primer diagrama, se puede llegar entre 16,000 a 19,200 familias. (Discutiremos los supuestos en los que se basan los cálculos más adelante, en la próxima sección.) TCS y VS ofrecen servicios complementarios en el hogar, tanto educación preventiva como servicios básicos de APS. En el segundo diagrama los VS actúan en su capacidad de miembros del grupo de autocuidado y cada voluntario llega a cerca de diez o quince viviendas. Este diagrama ‘solo grupo de autocuidado’ parece sugerir un enfoque más simplificado de visitas y prestación de servicios. Esto es y no es cierto.

El patrón de personal para el modelo de grupos de autocuidado es más simplificado, y por consiguiente los costos de personal se reducen. En este ejemplo los VS llegarán a cerca de 8,000 a 12,000 familias con mensajes de salud. Estas son menos que en el primer ejemplo pero se podrían incrementar las cantidades si en el modelo de grupos de autocuidado se introdujeran supervisores. Con dos supervisores se podría doblar el número de familias a las que se llegaría. Más supervisores incrementarían el número de familias a las que se alcanzaría. Y lo que es más importante, los servicios de salud en el modelo del grupo de autocuidado se ofrece *solamente* a través de la promoción agresiva de, y la referencia a, los servicios a las unidades locales de salud. Esto implica tener un sistema de salud basado en la clínica, que es suficiente para enfrentar las

demandas y que está bien integrado con los planes de los grupos de auto cuidado y sus actividades.

En ambos diagramas, el comité de salud de la comunidad está siempre presente por su habilidad para funcionar en todos los niveles del programa de servicios, actuando como representante de las familias, voluntarios de salud, así como también personal del programa. Pueden interactuar muy bien en cada uno de estos niveles tanto formal como informalmente. Seguidamente resumiremos los deberes de los equipos del programa de salud que describimos arriba.

### ***Voluntarios Comunitarios de Salud***

Los voluntarios de salud ofrecen educación preventiva de salud a las familias, informan sobre enfermedades, eventos vitales y apoyan a su TCS según se les solicita. Un voluntario de salud debe venir del área dónde el/ella trabaja, y puede o no saber leer y escribir. Las responsabilidades claves del voluntario incluyen:

- Brindar educación en salud a familias y grupos de la comunidad
- Apoyar a los TCS durante las reuniones de grupo
- Hacer visitas domiciliarias para llevar a cabo actividades selectas en el sector geográfico asignado
- Reportar enfermedades y hacer referencias (y dar seguimiento)
- Prestar servicios limitados en el manejo de casos domiciliarios a clientes selectos
- Trabajar con y dar apoyo a las acciones del comité local de salud
- Monitorear el estado de salud de las familias utilizando las herramientas y procesos de metodología con BCOI
- Reportar eventos vitales a los TCS supervisores o al coordinador de eventos vitales locales
- Preparar informes estadísticos sencillos, y/o informar mensualmente sobre las actividades del sector de salud
- Analizar con regularidad la información de salud con el comité de salud comunitario y el personal de salud
- Participar en la planificación del programa de salud y en las actividades de evaluación

### ***Trabajador Comunitario de Salud***

El trabajador comunitario de salud ideal deberá tener nivel de educación primaria o más, y vendrá de la comunidad o área/s a la que sirve. Los TCS proveen una gama de servicios de APS, incluyendo tanto educación preventiva como servicios curativos. La gama de servicios que se ofrezca estará determinada por la política del MSP para trabajadores a este nivel de responsabilidad y la capacidad del programa para brindar apoyo técnico y financiero a estos puestos. Tenemos experiencias positivas de trabajo con el MSP en la ejecución de proyectos piloto que permite a los TCS aumentar sus responsabilidades e incluir algunos servicios curativos claves que de otro modo estarían prohibidos. Por ejemplo, estos incluyen el tratamiento con antibióticos específicos para la neumonía y la diarrea. Las

*Tenemos experiencias positivas de trabajo con el MSP en la ejecución de proyectos piloto que permite a los TCS aumentar sus responsabilidades e incluir algunos servicios curativos claves que de otro modo estarían prohibidos.*

*Los supervisores deben ser líderes naturales de sus pares que son los TCS y ser capaces de mantener relaciones profesionales con autoridad y responsabilidad compartida con los trabajadores y líderes comunitarios.*

responsabilidades típicas de un TCS incluyen:

- Brindar educación en salud a las familias y los grupos de la comunidad
- Realizar reuniones de grupo y visitas domiciliarias en un sector geográfico asignado
- Ofrecer servicios de salud en un puesto o clínica de salud local así como también en la comunidad
- Prestar servicio en el manejo de casos de base domiciliaria a los clientes
- Capacitar y supervisar (en) el uso de listas de revisión y trabajar con 8 a 10 voluntarios de salud. En el caso de los grupos de salud, el Animador (quien puede o no ser un TCS) podría manejar de diez a doce casos de grupos de auto cuidado, compuestos de ocho a diez voluntarios cada uno, quienes a su vez, atienden entre diez a quince familias cada uno
- Llevar a cabo evaluaciones de desempeño de los voluntarios de salud
- Trabajar con y apoyar las acciones del comité local de la comunidad y exhibir y actualizar la información de salud pública
- Monitorear el estado de salud de las familias utilizando las herramientas y proceso de metodología con BCOI
- Mantener el cuaderno de eventos vitales locales
- Preparar informes estadísticos en el sector de salud asignado
- Preparar y presentar retroalimentación sobre el programa a los comités comunitarios de salud y a otros grupos
- Analizar con regularidad la información de salud con el comité de salud y el personal de salud
- Participar en las actividades de planificación y evaluación del programa

#### **Supervisor**

El supervisor vigila de ocho a diez TCS. Con frecuencia el supervisor fue anteriormente un TCS o viene de otra organización similar y tiene experiencia directa como supervisor. Los supervisores deben ser líderes naturales de sus pares que son los TCS y ser capaces de mantener relaciones profesionales con autoridad y responsabilidad compartida con los trabajadores y líderes comunitarios. Los supervisores deben tener experiencia de campo práctica y ser capaces de identificar rápidamente los problemas o retos que se presentan que podrían impedir la implementación exitosa del programa. Ellos deben tomar acciones rápidas y efectivas para resolver estos problemas. Las actividades del supervisor por lo general incluyen:

- Regularmente analizar los datos de salud con el comité comunitario de salud y personal de salud
- Capacitar TCS y VS y ofrecer educación continua, utilizando la información de supervisión para identificar las necesidades de entrenamiento de los TCS y VS
- Aplicar listas de chequeo específicas para evaluar el desempeño de los TCS y VS a través de la observación durante visitas de campo frecuentes
- Realizar evaluaciones de desempeño a los TCS
- Visitar con mayor frecuencia a los TCS con desafíos técnicos o

administrativos. Los supervisores pueden emparejar a los TCS, uno con desempeño débil con otro más fuerte para que se beneficien de los conocimientos y de la transferencia de habilidades de par a par.

- Acompañar y apoyar a los TCS durante las reuniones de grupo
- Planificar actividades mensuales con los TCS y VS en las reuniones mensuales regulares
- Llevar a cabo revisiones de información puntuales y mini encuestas de CPC para validar la información del programa
- Supervisar la recolección de actividades
- Verificar que se completen en forma puntual y correcta los informes estadísticos mensuales de los TCS
- Participar en la presentación programada de los informes trimestrales de retroalimentación a los comités comunitarios de salud y a otros grupos
- Producir un informe estadístico mensual y presentar al coordinador de campo
- Realizar actividades de análisis de información con el personal de campo, tales como la evaluación de monitoreo de crecimiento, estado nutricional, estadísticas de cobertura y tasas de mortalidad

### ***Coordinador de Campo***

Un coordinador de campo por lo general supervisa y apoya de ocho a diez supervisores. Los supervisores deberán tener confianza y estar dispuestos a compartir información abiertamente con el coordinador de campo para que el programa cumpla con efectividad las necesidades del cliente. Esto requerirá que el coordinador desarrolle una buena relación de trabajo con su supervisor para que los problemas y preocupaciones sean rápidamente identificados y sean enfrentados en los niveles adecuados de personal del programa. Las actividades principales del coordinador del programa por lo general incluyen:

- La capacitación de supervisores, TCS y VS cuando sea necesaria, basándose en los informes de supervisión y necesidades observadas
- Acompañar a los supervisores al campo y guiarlos para mejorar su desempeño
- Llevar a cabo evaluaciones de desempeño a los supervisores
- Realizar revisiones puntuales de la recolección y reporte de la información
- Conducir actividades de análisis con los supervisores y el personal de campo, y preparar resúmenes escritos de los resultados
- Asegurarse de que se entreguen en forma oportuna al MSP y agencias financieras claves informes estadísticos correctos
- Diseñar cuadros para sintetizar datos en los reportes
- Proveer a las casas matrices de las ONG informes mensuales de rutina descriptivos y estadísticos que identifiquen los logros, fracasos y estrategias para resolver los fracasos
- Realizar reuniones trimestrales y mensuales con el personal técnico
- Utilizar la información recolectada para efectuar decisiones programáticas
- Desarrollar planes de acción para afrontar prioridades y problemas

***Los supervisores deberán tener confianza y estar dispuestos a compartir información abiertamente con el coordinador de campo para que el programa llene con efectividad las necesidades del cliente.***

- Apoyar al Gerente de Programa en el desarrollo de nuevos conceptos de proyectos y propuestas basadas en experiencias pasadas y en las necesidades no cubiertas

### ***Gerente de Programa***

El gerente de programa supervisa uno o más coordinadores de campo, y se asegura que los objetivos y metas del programa se estén logrando. El gerente del programa representa a la gerencia más alta de la organización de salud a nivel de programa, y es en última instancia responsable por la ejecución del programa ante la organización y las agencias de financiamiento. Las actividades específicas de este puesto incluyen las siguientes:

- Revisión de planes mensuales de las actividades de los TCS y VS durante las reuniones mensuales con el coordinador de campo y los supervisores
- Llevar a cabo evaluaciones de calidad de servicio y participar selectivamente en actividades del proyecto, desde capacitación hasta visitas de campo y visitas a las clínicas de prestación de servicios
- Realizar evaluaciones de desempeño a los coordinador(es) de campo y revisar los resultados de desempeño de otros miembros del personal
- Coordinar la capacitación, recursos y programación para educación continua
- Representar al programa en foros locales, regionales y nacionales. Promover la participación del personal en forma adecuada para desarrollar sus habilidades y confianza para representar al programa
- Revisar regularmente los resultados de las listas de chequeo con el coordinador de campo y asegurar que se está brindando el seguimiento apropiado
- Revisar rutinariamente los informes que se debe proporcionar al MSP y a otras agencias financieras, así como también informes descriptivos escritos que deben elaborar el/los coordinador(es)
- Trabajar junto con el coordinador de campo y utilizar la información recolectada para efectuar decisiones programáticas y desarrollar planes para enfrentar los problemas identificados
- Continuamente asegurar que las actividades del programa están actuando sobre las metas y objetivos del programa y hacer los ajustes necesarios para asegurar el éxito
- Revisar los informes financieros para asegurar que los recursos del programa se estén utilizando en forma consistente con los objetivos y metas, y resolver problemas con el personal cuando los recursos sean limitados y se deba escoger actividades prioritarias
- Ejercer liderazgo en el desarrollo de los planes anuales del programa, que estén basados en los resultados de las evaluaciones anuales y que sean consistentes con los recursos del programa
- Mantener relaciones con los representantes del MSP, representante de las

agencias donantes dentro del país, organizaciones profesionales de salud relevantes y el público en general

- Buscar fuentes potenciales de financiamiento futuras para el programa y preparar informes y propuestas cuando sea necesario para lograr el objetivo del programa

### ***Comité Comunitario de Salud***

Este comité se compone de miembros de la comunidad seleccionados por la comunidad. Los objetivos de los comités incluyen ofrecer apoyo, supervisión y retroalimentación al personal del programa de salud, participar en la evaluación del programa y servir de ‘garante’ para que haya acceso al servicio de salud para la comunidad a la que representa. En algunos sitios miembros individuales del comité de salud pueden tener roles y responsabilidades especiales, tales como mantener los registros de los eventos vitales o la coordinación del transporte de evacuación de emergencias cuando sea necesario. Los miembros del comité también reforzarán y promoverán mensajes claves de salud y animarán a las personas enfermas a buscar la atención apropiada. Una lista de las tareas claves del comité de salud incluirá:

- Monitoreo del progreso del proyecto a nivel comunitario a través de la participación directa y mediante reuniones regulares con el personal de salud y voluntarios
- Llevar a cabo reuniones con autoridades elegidas localmente para dar a conocer los logros y resultados, y abogar para se otorguen recursos locales al programa de salud
- Brindar retroalimentación sistemática a sus comunidades y asegurar que exhiban la información actualizada en algún lugar público
- Ayudar a la selección y apoyo de los voluntarios de salud
- Recolectar y analizar la información demográfica y de salud
- Participar en las evaluaciones de desempeño de los TCS y los voluntarios de salud
- Ayudar a los TCS y VS en la solución de problemas de casos difíciles
- Asistir a las reuniones mensuales y trimestrales con el personal de salud
- Participar en los talleres anuales de planificación y evaluación

### **Estimación de Recursos Humanos Necesarios**

Usted y su equipo gerencial deben desde el principio determinar en forma realista la gama de servicios que puede proveer cada equipo de trabajadores de salud. En segundo lugar, después de esas decisiones ¿cuántas familias serán contactadas mensualmente por estos trabajadores? Es claro que debe conocer el tamaño de la población que se definió como de alto riesgo y que servicios deben recibir y con que frecuencia. Esta es una pregunta que se repite amenudo alrededor de los TCS y cuántas familias puede esa persona atender mensualmente, a través de visitas domiciliarias directas, reuniones de grupo y visitas de miembros de la familia a la unidad de salud local o la clínica. Además, la proporción de trabajador de salud por población o vivienda debe ser práctica desde el punto de vista logístico. Los factores que influyen esta consideración incluyen: tamaño y densidad de población;

*Los miembros del comité también reforzarán y promoverán mensajes claves de salud y animarán a las personas enfermas a buscar la atención apropiada.*

*La capacitación, manejo, apoyo y el subsiguiente reclutamiento y capacitación de nuevos voluntarios para reemplazar a los que se van, es una inversión significativa de los recursos del programa que no debe subestimarse cuando se está planificando el programa.*

cantidad y tipo de servicios y educación que se va a ofrecer en las casas, en reuniones de grupo y en la unidad de salud; la forma de transporte del TCS, la cantidad y capacidad del VS para apoyar en estas actividades.

La proporción entre TCS y la población varía considerablemente, y el número ideal dependerá de como se contesten las preguntas que se propusieron anteriormente. En un programa en las áreas rurales de los Himalayas que tiene las casas enormemente dispersas en los riscos de las montañas y ríos, la proporción sería muy baja. Para los barrios marginales de la zona urbana de Yakarta, Indonesia, la proporción será mucho más alta, ya que las viviendas están muy cerca una de otra y puede llegarse más rápido. En Haití, la Fundación de Salud Haitiana (FSH) mantiene cerca de 250 casas por agente de salud. FOCAS emplea 40 TCS para una población haitiana local de 10,000 con por lo menos 2,000 familias. Por lo tanto, cada TCS es responsable por 50 familias, o cerca de 250 personas por TCS.

Durante la década pasada en Bolivia, el Consejo de Salud Rural Andino (CSRA) reportó que había aproximadamente un médico y un profesional de nivel medio (por ejemplo una enfermera) por cada 5,000 personas y un trabajador de salud de “nivel bajo” (TCS) por cerca de 1,500 personas. Esto resulta en 275 familias por TCS. Los servicios en las comunidades (es decir, fuera de las paredes de las unidades de salud) los brindaron tanto TCS a tiempo completo y voluntarios comunitarios a tiempo parcial. En una evaluación, CSRA y Curamericas reportaron proporciones de familias para todo el personal de campo y voluntarios de 23 - 33 familias por cada empleado pagado o voluntario de salud, la proporción exacta variaba de acuerdo a las necesidades del sector de salud. Esto representa cerca de 150 personas por trabajador de salud. Aproximadamente se capacitó y se dio apoyo a uno o dos voluntarios de salud por comunidad. La proporción de familias por voluntario se incrementó con el tiempo a causa de las deserciones entre los voluntarios hasta llegar a 48:1 (es decir, 48 familias por voluntario) a la mitad de un proyecto de cinco años y se redujo más, a 64:1 durante el último año del proyecto. La capacitación, manejo, apoyo y el subsiguiente reclutamiento y capacitación de nuevos voluntarios para reemplazar a los que se van, es una inversión significativa de los recursos del programa que no debe subestimarse cuando se está planificando el programa. Es más, la calidad de la selección de los voluntarios, la capacitación y el apoyo constante afectará enormemente la tasa de deserción (pérdida).

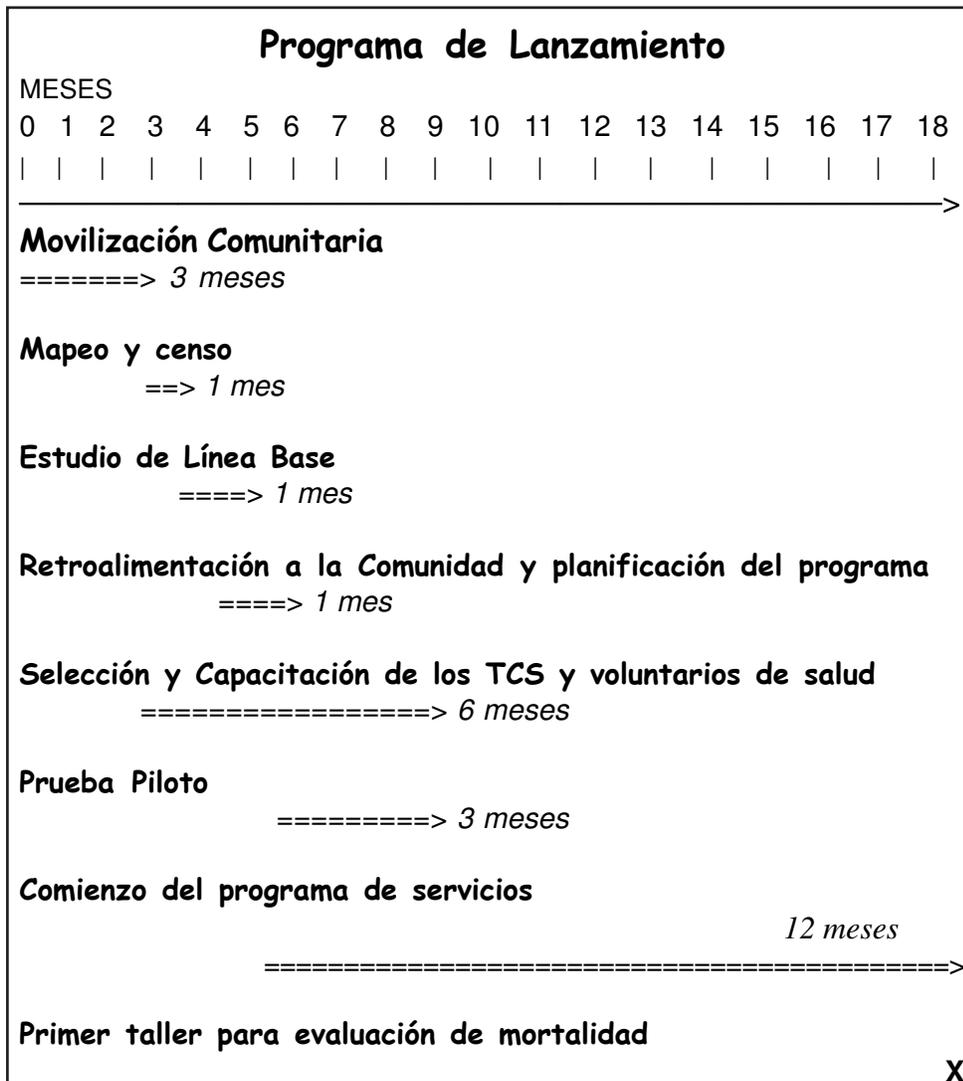
En general, para mantener un programa de visitas domiciliarias y reuniones de grupo, de 250 a 300 familias por TCS, parece ser una proporción aceptable de familias por trabajador de campo asalariado, entendiéndose que estos trabajadores también dependen de los voluntarios de salud locales para llevar a cabo ciertas actividades.

En el contexto del grupo de auto cuidado, los servicios se concentran en familias específicas y los cálculos son más directos. Hay entre diez y quince familias apoyadas por cada miembro del grupo de auto cuidado, y los grupos están compuestos de

por lo menos diez mujeres. Los animadores deberían ser capaces de apoyar actividades de por lo menos ocho a diez grupos de auto cuidado. Esto significa que un animador puede por lo menos alcanzar cerca de 1,000 a 1,500 familias a través de la estrategia. Claramente, estas son demasiadas para que el animador pueda ofrecer servicios de salud domiciliarios directos a todas las familias, pero es una estrategia costo efectiva para dar mensajes de educación en salud a las familias de alto riesgo, y para motivar el uso de servicios locales basados en alta calidad.

### Programación de Actividades

Estimamos que la planificación inicial del programa y la recolección de información llevará seis meses, el programa de salud puede establecerse y estar funcionando bien en doce meses y el primer taller de evaluación puede llevarse a cabo al final de los dieciocho meses. He aquí un ejemplo de un programa típico de un proceso de lanzamiento:



*Claramente, estas son demasiadas familias (1000 a 1500) para que el animador pueda ofrecer servicios de salud domiciliarios directos a todas las familias, pero es una estrategia costo efectiva para dar mensajes de educación en salud a las familias de alto riesgo, y para motivar el uso de servicios locales basados en alta calidad.*

Una vez que el plan anual se ha diseñado y finalizado, el personal de campo se dará cuenta de que manejará su trabajo en forma más efectiva utilizando programas de

*Durante las reuniones para la elaboración de planes mensuales y trimestrales, los supervisores y gerentes tendrán la oportunidad de asegurarse que la recolección y manejo la de información no se convierta en una amenaza.*

trabajo trimestrales y planes individuales mensuales. Los programas trimestrales les permite a los trabajadores y supervisores estimar el total de días de trabajo posibles y permitirán al grupo planificar sus capacitaciones, educación continua, talleres de análisis, estudios especiales y cosas similares. Los planes mensuales son más detallados y permiten que cada trabajador planifique directamente donde y cuando llevarán a cabo los diferentes servicios tales como visitas domiciliarias, reuniones de grupo, reuniones regulares y especiales, así como también la preparación de sus informes estadísticos, entre otras tareas.

Durante las reuniones para la elaboración de planes mensuales y trimestrales, los supervisores y gerentes tendrán la oportunidad de asegurarse que la recolección y manejo la de información no se convierta en una amenaza. En otras palabras, queremos que el personal de salud invierta su tiempo más valioso en proveer servicios directos, en vez de prepararse para informar sobre esos servicios. Un recurso sencillo para recordarle a su personal de salud la importancia de brindar servicio directo versus recolección de información es discutir como “invertir a la pirámide del sistema de información” (SIS).

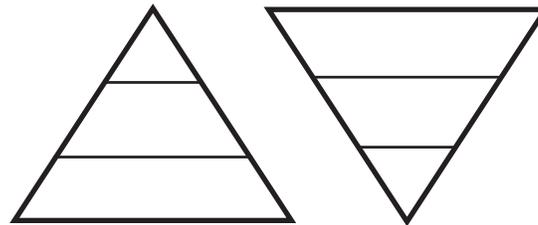
### Pirámide Invertida del Sistema de Información (SIS)

De aquí ... ¡A aquí!

Uso de Datos

Análisis

Recolección



Mientras más tiempo pasemos recolectando información menos tiempo hay para analizarla y menos tiempo hay para utilizarla en el servicio de los clientes. En vez de emplear el tiempo, en el tercio de la base de la pirámide con la recolección de información dejando menos tiempo para análisis y menos todavía para utilizarla, invierta la pirámide. Invierta el menor tiempo posible recolectando información, más tiempo analizándola y el mayor tiempo aplicando el conocimiento para proporcionar servicios efectivos y bien dirigidos. O piénselo de esta manera: 15 por ciento en recolección, 35 por ciento en análisis y *por lo menos* 50 por ciento en aplicación. Recolectar información le roba tiempo al verdadero trabajo y puede convertirse en una barrera entre el cliente y el trabajador.

## Supervisión

Un buen supervisor hace dos preguntas:

- 1. ¿Estamos haciendo las cosas correctas?
- 2. ¿Estamos haciendo estas cosas bien?

Como hemos dicho con anterioridad, el personal de campo necesitará una constante supervisión y capacitación para mantener la calidad de los servicios de salud y evitar el tropiezo más común entre los trabajadores, de concentrarse más en los *procesos* para realizar las actividades (incluyendo la recolección de información, registro y reporte) que en los *resultados e impacto*; es decir, resolviendo los problemas de salud y mejorando el bienestar de las familias. A veces es peor la educación y servicios de salud mal dados que no brindar servicios en absoluto, por la confusión, frustración y el impacto desmoralizador que los servicios de mala calidad tienen en un trabajador y clientes por igual. *La gerencia efectiva y la supervisión son probablemente los dos factores más importantes que contribuyen a la implementación e impacto de un programa efectivo de metodología con BCOI.*

La buena supervisión *apoya* a su equipo de salud, haciéndolos sentir que sus contribuciones son importantes y que valora su trabajo. Tomando como base ese sentido de confianza y apoyo, los trabajadores de salud aprenderán a aceptar sus errores y a verlos como oportunidades para mejorar y tener un mayor desempeño. También aprenderán a ser ellos mismos buenos supervisores. Así la supervisión es auto evaluación como supervisor de apoyo a los demás. La supervisión se aplica a todos los equipos de trabajadores, incluyendo a los voluntarios. Consideramos que el trabajo de los voluntarios es importante y la calidad del desempeño también.

Habiendo dicho lo anterior, muchos gerentes de salud, supervisores y personal creen que la supervisión es sobre todo juicios de valor y crítica. Su experiencia se ha limitado a las metáforas “palizas y coscorrónes”, lo que humilla a los trabajadores de salud, desanima la honestidad y que lleva a tensiones entre el personal y la gerencia. Es comprensible que el personal con experiencias tan negativas se resista cualquier forma de supervisión formal. Desafortunadamente, esta postura crea un ambiente donde la supervisión es siempre vista como algo desagradable, sino superflua. La buena supervisión es mucho más que esto y la falta de ella nos asegura que lo que hubiera sido un buen programa de salud, no lo es.

En una buena supervisión hay un fuerte componente de disposición. El supervisor debería poder desempeñar todas las tareas claves de aquellos a quienes supervisa y no debería vacilar en demostrar un buen desempeño siempre que sea apropiado y útil para el aprendizaje. Eso significa que los supervisores deben (querer) estar en el campo con el personal y hacerlo con frecuencia. Hemos visto supervisores que ven su posición como un ascenso *del* campo y es su mayor deseo mantenerse ¡*lejos* de ese campo!. Esta es una actitud mal concebida que podrá dañar la calidad del programa en no más de un mes. En otras palabras, los supervisores normalmente *no* deberían usar traje y corbata o vestirse en tacones altos. Usted querrá que sus supervisores se vistan física y mentalmente para el trabajo de campo y que disfruten este elemento de su responsabilidad.

La supervisión debe ser un aspecto constante e integral de los servicios de salud. Los trabajadores de campo, TCS y voluntarios de salud, ambos deberán esperar visitas de supervisión tanto rutinaria como inesperada. Las visitas de supervisión

*A veces es peor la educación y servicios de salud mal dados que no brindar servicios en absoluto, por la confusión, frustración y el impacto desmoralizador que los servicios de mala calidad tienen en un trabajador y clientes por igual.*

*La buena supervisión apoya a su equipo de salud, haciéndolos sentir que sus contribuciones son importantes y que valora su trabajo. Tomando como base ese sentido de confianza y apoyo, los trabajadores de salud aprenderán a aceptar sus errores y a verlos como oportunidades para mejorar y tener un mayor desempeño.*

*La supervisión debe ser un aspecto constante e integral de los servicios de salud. Los trabajadores de campo, TCS y voluntarios de salud, ambos deberán esperar visitas de supervisión tanto rutinaria como inesperada.*

*El desempeño en el trabajo no debe verse como un concurso de popularidad entre los trabajadores de salud y todos los que trabajan en el programa deben entenderlo así.*

deben incluir: anotaciones hechas durante el curso de esa visita y estas notas e informes de supervisión deben ser revisados regularmente por los supervisores y administradores de programas como parte del programa gerencial, planificación continua para mejorar el desempeño del trabajador, capacitación regular y evaluaciones de desempeño escritas.

La buena supervisión depende de supervisores que aplican con consistencia tanto la retroalimentación positiva como la negativa a los trabajadores, basándose en su desempeño real. Es peor no ser consistente en el reforzamiento de los estándares de calidad, que no hacer ninguno. El desempeño en el trabajo no debe verse como un concurso de popularidad entre los trabajadores de salud y todos los que trabajan en el programa deben entenderlo así. Algunos de los programas más efectivos que hemos visitado instituyen penalizaciones por un mal desempeño. En Haití, uno de los programas sanciona a los TCS por el descuido de la información, y si el desempeño no mejora el trabajador es suspendido por un período de tiempo (de una semana hasta un mes) hasta que ella/el regresa y demuestra que su nivel de desempeño es mejor y de calidad aceptable. También hay recompensas para el que tiene la mejor información mensual y reconocimiento para los que tienen sus informes bien elaborados.

Los métodos de supervisión que recomendamos se discuten abajo e incluyen: una lista de revisión que se usa durante las visitas regulares de supervisión, listas de revisión de comportamientos que utilizan los TCS cuando están trabajando con familias, cliente y listas de revisiones cruzadas de información recolectada de otras fuentes.

## **Estrategias para Asegurar la Calidad**

### **Listas de Chequeo de Supervisión**

Las listas de chequeo de supervisión, algunas veces llamadas listas de chequeo para incrementar la calidad (IC), son creadas y utilizadas para cada uno de los procesos e intervenciones claves del proyecto de salud. Estas listas son el retrato de las políticas, protocolos y herramientas que se deben utilizar para reforzar el desempeño de alta calidad. Algunos de los procesos para los cuales se puede desarrollar listas de chequeo de IC incluyen:

- Realizar y actualizar la entrevista censal
- Realizar encuestas de CPC
- Realizar visita domiciliaria
- Realizar una reunión de grupos
- Brindar educación en salud individual y grupal
- Manejar voluntarios de salud
- Realizar la visita de supervisión (para que los gerentes de programa la apliquen a los supervisores)
- Monitoreo y promoción del crecimiento

- Inmunizaciones
- Manejo de diarreas/promoción de TRO
- Manejo de neumonías
- Suplementación con micro-nutrientes y desparasitación
- Consejería de planificación familiar

El contenido de las listas de IC se puede introducir durante las capacitaciones de temas a los que pertenecen. Cada vez que se utiliza en el campo una lista de revisión de incremento de calidad, la calificación del trabajador de salud en esa lista será registrada por el supervisor. El personal debe fijar metas para que las calificaciones de los TCS y los voluntarios de salud tengan constante mejoramiento, y que esas calificaciones altas se mantengan. Las listas deben ser aplicadas con más frecuencia a los TCS y VS con calificaciones bajas y con menos frecuencia a los que tienen calificaciones más altas. A partir de esta evaluación de desempeño, los supervisores sabrán en que áreas cada TCS necesita más apoyo y ayuda, y en cuales temas generalmente necesita más capacitación y/o educación continua. El análisis agregado de las calificaciones, por trabajador de salud y por línea de ítem en la lista de revisión, puede hacerse trimestralmente en una reunión de equipo, asegurándose de codificar los nombres para mantener la confidencialidad, para que el análisis del grupo se concentre en el mejoramiento del grupo, en vez de señalar individuos en particular.

Abajo hay una serie de ejemplos de una lista de supervisión con los ítems organizados por tema. Sus gerentes y supervisores deben desarrollar sus propias listas de revisión basándose en el proceso y las intervenciones del programa de salud y perfeccionarlas constantemente con el uso.

*El personal debe fijar metas para que las calificaciones de los TCS y los voluntarios de salud tengan constante mejoramiento, y que esas calificaciones altas se mantengan.*

### **Mortalidad del Menor de Cinco Años**

- a. ¿Durante los últimos tres meses se han registrado todas las muertes en el cuaderno de eventos vitales de este sector?
- b. ¿Están las anotaciones en el libro completas y legibles?
- c. ¿Están todos los abortos espontáneos tardíos y los nacidos muertos registrados, y si así es, cómo?
- d. ¿Se reportaron todos los nacimientos de los nuevos bebés y las muertes de los menores de cinco años registrados con anterioridad?
- e. ¿Cómo se determinan las causas de la mortalidad?
- f. ¿Se está practicando autopsia verbal a todas las familias meta?

## Desnutrición Severa y Moderada

- a. ¿Se está siguiendo el programa de visitas domiciliarias a los niños/as desnutridos?
- b. ¿Tiene el TCS/VS el equipo y los materiales adecuados incluyendo tarjetas de Camino a la Salud?
- c. ¿La balanza está calibrada correctamente?
- d. ¿Se están llevando a cabo correctamente las sesiones de peso?
- e. ¿Se están graficando correctamente los pesos?
- f. ¿Se está determinando correctamente el estado?
- g. ¿Puede el trabajador explicar a la madre con claridad el significado de falta de crecimiento?
- h. ¿Entendió la madre y pudo repetir los mensajes?
- i. ¿Investigó el trabajador las principales causas de la desnutrición: seguridad alimentaria, enfermedades subyacentes, distribución intra-familiar de la comida, parásitos, higiene familiar, uso de agua potable, etc.?
- j. ¿Si el niño está severamente desnutrido, ha recibido un examen clínico para determinar la presencia de enfermedades subyacente presentes? ¿Si no, se refirió a la madre a la unidad de salud apropiada?
- k. ¿Se está ofreciendo la consejería apropiada: lactancia materna exclusiva, introducción de alimentos complementarios, comidas de destete localmente aceptadas, suplementación con micro-nutrientes, (yodo, Vitamina A, hierro)?
- l. ¿Hay alguna evidencia de sesgo de género en la familia?
- m. ¿Se siguieron correctamente todos los pasos de la visita? ¿Si no, que no se está haciendo correctamente?

## Inmunizaciones: (infantiles y TT para las mujeres)

- a. ¿Está el TCS manteniendo la cadena fría según se le enseñó?
- b. ¿Tiene el TCS el inventario necesario de vacunas?
- c. ¿Sigue el TCS los pasos correctos para reordenar inventarios en forma oportuna?
- d. ¿Está el registro del infante completo y actualizado?
- e. ¿Se está contactando a los infantes en forma oportuna para que tengan sus inmunizaciones completas?
- f. ¿Está el TCS siguiendo los procedimientos de esterilidad necesarios?
- g. ¿Está el TCS deshaciéndose de los desechos apropiadamente?
- h. ¿Está el TCS dándole seguimiento a los faltistas en forma oportuna?

## Listas de Chequeo de Comportamiento

El “cuadro de comportamientos” o la lista de chequeo de comportamientos es esencialmente un formulario complementario para que lo utilicen los TCS o VS y que sirva tanto de recordatorio de los pasos claves a seguir durante una intervención, o actividad y como registro de las actividades que se realizaron, marcando cada paso que está siendo desempeñado por el trabajador. Las agencias que implementan la metodología con BCOI utilizan con mayor frecuencia esta lista de chequeo de comportamientos para el monitoreo de acciones relacionadas con la nutrición, pero se puede desarrollar cuadros de comportamientos para cualquier tema que se cree que pueda mejorar el desempeño de los TCS o VS. FOCAS, Food for the Hungry, y otras organizaciones han agregado la gráfica de crecimiento a la tarjeta de crecimiento del MSP, por lo general imprimen el cuadro en una etiqueta auto adhesible y la pegan en cada gráfica de crecimiento (sobre el cuadro u otra parte de la gráfica). El cuadro tiene una sección para la fecha de nacimiento del niño y filas para cada uno de los comportamientos claves que se desea monitorear.

Aparte de ser útil para el monitoreo de indicadores claves, el cuadro de comportamientos puede mejorar la gráfica de crecimiento ya que documenta el *comportamiento de la madre y el patrón de enfermedades del niño durante su primer año de vida*. Algunas organizaciones registran estos elementos (como la lactancia materna) en la cara de la gráfica de crecimiento (arriba de las líneas curvas) junto con otros servicios o suplementos que el niño ha recibido (como Vitamina A y desparasitación), pero no proveen las preguntas que ayudan a los TCS a recordar cuales son las preguntas principales que se deben utilizar durante la parte de diagnóstico del proceso. Utilizar un “cuadro de comportamientos” permite al personal realizar una actividad de monitoreo de crecimiento más completo que incluya una fase de diagnóstico y los siguientes pasos adicionales:

- Pregunte a la madre que está haciendo para que su niño suba de peso y felicítela (si el niño subió de peso)
- Haga a la madre preguntas abiertas y cerradas sobre las enfermedades recientes y el patrón de alimentación que tiene el niño (incluyendo la lactancia materna)
- Negocie con la madre sobre lo que debe hacer con su niño en el próximo mes, incluyendo:
  - continuar haciendo lo que esta haciendo correctamente en la actualidad
  - cambiar cualquier comportamiento negativo que necesite cambiar (que se identificaron en la fase de diagnóstico)
  - identificar posibles barreras a los cambios de comportamiento y ayudar a la madre a vencer esas barreras
  - verificar que la madre comprendió las recomendaciones que se le hicieron
- Pedir a la madre que se comprometa a seguir los comportamientos que se sugieren
- Preguntar a la madre si tiene preguntas sobre el crecimiento o salud de su hijo

*Aparte de ser útil para el monitoreo de indicadores claves, el cuadro de comportamientos puede mejorar la gráfica de crecimiento ya que documenta el comportamiento de la madre y el patrón de enfermedades del niño durante su primer año de vida.*

*Utilizar un “cuadro de comportamientos” permite al personal realizar una actividad de monitoreo de crecimiento más completo que incluya una fase de diagnóstico y de .... pasos adicionales.*

Para monitorear a nivel comunitario el TCS puede referirse a los comportamientos en el cuadro y calcular, por ejemplo, la proporción de niños/as que se están pesando cuyas madres están siguiendo los comportamientos claves. Los TCS también pueden buscar tendencias de desnutrición que están relacionadas con comportamientos de las familias a nivel comunitario. FOCAS ha utilizado el cuadro de comportamientos para recolectar trimestralmente las tendencias de cada uno de los indicadores. Para hacer esto, se pidió a los TCS que trajeran a sus reuniones las gráficas de crecimiento y los miembros del personal a nivel de supervisores dieron a los TCS una serie de ejercicios para calcular cada indicador que se necesitaba (como por ejemplo, la proporción de niños/as entre 6-10 meses de edad que estaban recibiendo comida sólida o semi-sólida). Esta información se utilizó después para hacer las gráficas lineales, gráficas de coberturas meta o tablas como el siguiente ejemplo.

*Se pidió a los TCS que trajeran a las reuniones las gráficas de crecimiento, y los miembros del personal a nivel de supervisores dieron a los TCS una serie de ejercicios para calcular cada indicador que se necesitaba*

**Proporción de Niños/as  
0-5m que están recibiendo lactancia exclusiva**

%	Proporción de niños de 0-5 meses quienes son amamantados exclusivamente															
	Abr '99	Jul '99	Oct '99	Ene '00	Abr '00	Jul '00	Oct '00	Ene '01	Abr '01	Jul '01	Oct '01	Ene '02	Abr '02	Jul '02	Oct '02	Ene '03
1,000																
95																
90																
85																
80																
75																
70																
65																
60																
55																
50																
45																
40																
35																
30																
25																
20																
15																
10																
5																
0																
Trimestral-	Abr '99	Jul '99	Oct '99	Ene '00	Abr '00	Jul '00	Oct '00	Ene '01	Abr '01	Jul '01	Oct '01	Ene '02	Abr '02	Jul '02	Oct '02	Ene '03

## Revisión Cruzada

El control de calidad debe estar incorporado en el sistema de monitoreo para que la información sea confiable y válida. Si la información que se recibe no es de buena calidad las decisiones basadas en ella tampoco serán buenas. El adagio “entra basura – sale basura” nos muestra claramente la importancia de recolectar información válida y correcta. Un método para revisar la calidad de la información de campo del programa es comparar esta información con otros datos similares que tenga el programa, o con información de fuentes comparables. Es decir, estamos haciendo revisión cruzada de la información de una fuente a otra, buscando variaciones obvias que puedan explicar porque hay errores.

Los siguientes métodos son ejemplos simples para hacer revisiones cruzadas.

### INFORMACION DEMOGRAFICA ESPERADA

Hay reglas generales en salud pública con respecto a los porcentajes estimados en ciertos grupos de edad de la población de los países en desarrollo. Es buena idea hacer una revisión cruzada de los resultados de su programa con la información nacional para ver si su sistema esta sobre contando ó computando menos alguna población, o si hay variaciones sistemáticas en las proporciones reportadas. Por ejemplo:

TOTALES	PORCENTAJES ESPERADOS	CANTIDADES ESPERADAS
Población total	100%	8000 actual
Cantidad total de familias	comparar con el promedio de tamaño de las familias (datos nacionales)	1333 actual
Cantidad total de menores de cinco	16-20% de la población total	1280-1600
Cantidad total de menores de uno	3-5% de la población total	240-400
Cantidad total de 12-23 meses de edad	3-5% de la población total	240-400
Cantidad total en edad reproductiva	mujeres entre 15-49 años 20%	1600
Total de nacidos vivos	de acuerdo a la tasa de nacimientos (nacional) i.e. 32	256
Cantidad total embarazos	4-5% de la población total	320

Recuerde, estas tasas variarán de país a país y debe revisarlas. También, recuerde que cuando estamos comparando la información del programa con información nacional habrán algunas variaciones y ¡debe buscarlas! Por ejemplo, si su programa se está estableciendo en un área rural muy remota encontrará que las proporciones para ciertos grupos de edad y sexo podrán ser diferentes, debido a los movimientos migratorios u otros factores sociales.

*Un método para revisar la calidad de la información de campo del programa es comparar esta información con otros datos similares que tenga el programa, o con información de fuentes comparables. Es decir, estamos haciendo revisión cruzada de la información, de una fuente a otra, buscando variaciones obvias que puedan explicar porque hay errores.*

*Recuerde, estas tasas demográficas variarán de país a país y debe revisarlas. También, recuerde que cuando estamos comparando la información del programa con información nacional habrán algunas variaciones...*

**TASAS ESPERADAS** Para estimar las tasas que su programa anticipa en sus áreas de servicio, cada programa puede crear una hoja de cifras esperadas utilizando las tasas de las fuentes más próximas al área real, y revisar para ver si sus cifras son similares. Si hay una variación obvia investigue la razón.

<b>CIFRAS PUBLICADAS</b>	<b>CIFRAS ESPERADAS</b> Información del programa *	<b>REALES**</b>
Población		
TMM5A		
TMI		
Tasa de nacimientos (No. esperado de nacimientos)		
Tasa de Mortalidad (No. esperado de muertes)		
Tasa de Analfabetismo		
Tasa de Inmunización Completa		
Cobertura de TT		
Uso de TRO		
Uso de Planificación Familiar		

**NOTA\***

\*Primero estime el nivel del proyecto y los proyectos agregados en base a las cifras nacionales.

\*\*Las cifras reales se puede comparar a las cifras recolectadas en la línea base de años anteriores si están accesibles.

También puede comparar sus cifras con las cifras internacionales, tales como las informadas por UNICEF para su país o para la región. ¿Cuales son las cifras nacionales para TMI y TMM5A cuando las compara con sus cifras? ¿En que posición esta su proyecto? Abajo hay categorías de la TMI y la TMM5A utilizadas por UNICEF:

<b>Rango</b>	<b>Tasa de Mortalidad del Menor de 5</b>	<b>Tasa de Mortalidad Infantil</b>
Muy Alta	>170	>120
Alta	95-170	85-120
Media	31-94	45-85
Baja	<30	10-45

## FORMULARIO DEL PROGRAMA PARA HACER REVISION CRUZADA PUNTUAL

Tome periódicamente un ejemplo de tarjetas familiares y revíselas contra las listas y registros. ¿Están actualizados los registros? ¿Se están registrando los eventos vitales como los que informa la familia durante las visitas domiciliarias? ¿Están completos todos los datos registrados y en forma legible? Otro ejemplo, simplemente revise los registros de embarazo y compárelos con los registros de nacimientos y eventos vitales. Si las cifras no son consistentes, compare cada caso con su información correspondiente y encuentre dónde está ocurriendo el error. Con frecuencia se puede descubrir un grupo de errores que pueden resolverse inmediatamente y evitarse en el futuro.

**TENDENCIAS** ¿Cómo cambia la información de estación a estación? ¿De año a año? ¿Ha tenido el programa un impacto mensurable en la comunidad? ¿Cuáles son las diferencias y las razones de porque? Tal vez se están viendo mejorías en algunas áreas y no en otras, lo que sugiere una variación sistemática en la calidad del servicio ofrecido, o diferentes patrones de utilización del servicio relacionados con estilos de vida o diferencias de comportamiento en la búsqueda de servicios (y por lo tanto en el impacto de la educación para cambios de comportamiento). Estos tipos de análisis son productivos y deben aplicarse a través del año, así como también en las evaluaciones anuales.

## INTEGRACION DE CCC

La comunicación para los cambios de comportamientos (CCC) es una estrategia que aplica el equipo del programa de salud para fortalecer la capacidad de la población dentro de su programa para desarrollar y mantener las prácticas (comportamientos) que minimizan el riesgo a la salud y para asegurar la búsqueda oportuna de los servicios de salud adecuados cuando estos se necesiten. Una ventaja al concentrarse para influir o cambiar comportamientos específicos, es que el desarrollo mismo del proceso de CCC hace que su personal vaya más despacio en vez de ‘correr al rescate’ con las acciones y mensajes creados especialmente para el programa que pueden (¡o no!) influenciar los conocimientos y actitudes y a lo mejor podrían no llevar al cambio de comportamiento deseado.

El comportamiento humano y como cambiarlo, tal como lo conocemos por experiencia propia en nuestra vida, es complicado. ¡Esto es especialmente cierto en salud pública, donde solamente porque sabemos que algo es bueno para nosotros, tenemos muchas razones para no comportarnos como ‘sabemos que’ deberíamos! Uno de los retos hacia el cambio de comportamiento es reconocer, no solamente los comportamientos específicos deseados sino también: determinar si los clientes del programa están “listos para el cambio”; “las barreras” y “motivadores” del comportamiento deseado y la efectividad de los mensajes de salud del programa, para que nuestros esfuerzos tengan como resultado *mejorías mensurables de la salud*. Abajo, revisaremos brevemente estos temas y recomendaremos tres estrategias que pueden emplear para desarrollar mensajes de salud efectivos.

*Con frecuencia pueden descubrir un grupo de errores que pueden resolverse inmediatamente y evitarse en el futuro.*

*Uno de los retos hacia el cambio de comportamiento es reconocer, no solamente los comportamientos específicos sino también: determinar si los clientes del programa están "listos para el cambio", las 'barreras' y 'motivadores' del comportamiento deseado y la efectividad de los mensajes de salud del programa, para que nuestros esfuerzos tengan como resultado mejorías mensurables de la salud.*

*El resultado de este análisis permite a los trabajadores de salud y los participantes, a identificar y vencer las barreras potenciales y prepara el terreno para que el trabajador de salud le pida al cliente que se comprometa a aplicar los nuevos comportamientos de salud por un período específico de tiempo, después del cual el trabajador de salud puede revisar como le fue con esta práctica y si necesita más apoyo o capacitación.*

Las etapas específicas que demuestran que “están listos para el cambio” (aceptación al cambio) incluyen:

- Están concientes del problema
- Buscan información
- Procesan y personalizan esta información
- Examinan las opciones
- Toman una decisión
- Tratan el nuevo comportamiento
- Reciben reforzamiento positivo
- Comparten esta información con un efecto multiplicador

Lo ideal es que su personal aprenda a evaluar las etapas en que se encuentran sus audiencias meta, para la adopción del nuevo comportamiento y que adapten los mensajes para adecuarlos a la etapa de aceptación en que están. Después se diseñan mensajes para adecuarlos a las etapas secuenciales de aceptación hasta que el participante este listo para probar el nuevo comportamiento.

#### **Análisis de Barreras**

Una estrategia relacionada con la aceptación al cambio que Curamericas y sus socios están utilizando con éxito, es la aplicación del Análisis de las Barreras (Davis, 2004). El análisis de barreras se utiliza para explorar las siguientes barreras hacia la toma de acciones preventivas:

- Baja percepción de riesgo de la enfermedad o problema
- Baja percepción de la gravedad de la enfermedad o problema
- Baja percepción de la eficacia de la acción preventiva
- Percepción de normas sociales problemáticas
- Percepción de autosuficiencia
- Falta de motivadores para tomar acción
- Percepción de voluntad divina (inevitabilidad, destino)
- Otras cualidades positivas o negativas de la acción

Cuando entendemos las razones porque los comportamientos no son aceptados, se pueden adaptar los mensajes de salud y estrategias de comunicación para atacar directamente las percepciones. El análisis de barreras es un instrumento que ha sido utilizado con éxito con padres y madres y otros prestadores de salud. El resultado de este análisis permite a los trabajadores de salud y los participantes, a identificar y vencer las barreras potenciales y prepara el terreno para que el trabajador de salud le pida al cliente que se comprometa a aplicar los nuevos comportamientos de salud por un período específico de tiempo, después del cual el trabajador de salud puede revisar como le fue con esta práctica y si necesita más apoyo o capacitación.

Además de enfrentar las barreras de los cambios de comportamiento, se debería también considerar la *efectividad* de los mensajes de salud durante su elaboración. Los cuatro principios claves para que las experiencias de aprendizajes individuales y grupales sean efectivas y positivas incluyen ‘hacerla REAL’ (Uccellani y Davis, 2003):

- **Relevancia:** los participantes deben ver como pueden utilizar lo que se les está enseñando en sus propias vidas.
- **Entusiasmo:** los participantes deben involucrarse con entusiasmo en el aprendizaje a través de la conversación, presentaciones visuales, y actividades.
- **Aplicable:** los participantes practican lo que están aprendiendo
- **Liberador:** los participantes son escuchados antes, durante y después de cualquier evento de aprendizaje. Sus puntos de vista informan lo que se está enseñando y lo que se hará después del evento de aprendizaje.

Abajo se describen dos estrategias adicionales de CCC que han evolucionado durante la década pasada y han sido adoptadas por las OPVUS de la comunidad de salud internacional. Involucran muchos de los conceptos arriba descritos y proveen un marco de referencia para el desarrollo, validación y perfeccionamiento de mensajes efectivos para el cambio de comportamientos. También compartimos referencias sobre estos enfoques en el texto y al final del manual.

### ***Educación Centrada en el Aprendizaje***

Esta estrategia para el desarrollo de mensajes educacionales esta basada en el trabajo de Jane Vella (Vella 2002) y el Global Learning Partners. Más información sobre este enfoque puede encontrarse en el portal de la red [welcome@globalearning.com](mailto:welcome@globalearning.com) y [www.globalearning.com](http://www.globalearning.com) Esta metodología exige que contestemos en forma sistemática siete preguntas relacionadas con las audiencias meta de su programa de salud:

- Por qué; ¿por qué quiere cambiar el comportamiento; por qué le importa a los participantes?
- Quien; ¿quién es su audiencia y quiénes son los maestros?
- Dónde; ¿dónde se llevarán a cabo los eventos de aprendizaje?
- Cuándo; ¿cuándo se llevarán a cabo los eventos?
- Que; ¿en qué contenido vamos a concentrarnos y que lograrán los participantes?
- Para qué; ¿Qué logros-objetivos quiere obtener?
- Cómo; ¿cómo ocurrirá este aprendizaje; que tareas y materiales de aprendizaje se necesitarán?

### ***La Metodología BEHAVE***

Otro enfoque al desarrollo de un programa de educación de salud de base comunitaria que se enfoca en los cambios de comportamientos positivos del cliente es la metodología BEHAVE, desarrollada por la Academia de Educación para el Desarrollo (Academy for Educational Development, AED). Una

*Estrategias adicionales de CCC han evolucionado durante la década pasada y han sido adoptadas por las OPVUS de la comunidad de salud internacional ...*

*Diseñar iniciativas de promoción de la salud para servir a las comunidades y poblaciones meta y no únicamente a individuos es el núcleo al que está orientada salud pública.*

*Este enfoque es un reto para los líderes de los programas para pensar fuera de los marcos tradicionales de los servicios clínicos, educación del cliente y hasta las estrategias de servicios de metodología con BCOI.*

capacitación de cinco días y sus materiales están actualmente a la disposición en el portal de Internet [http://www.coregroup.org/working\\_groups/behave\\_guide.cfm](http://www.coregroup.org/working_groups/behave_guide.cfm)

Los participantes de los talleres de BEHAVE aprenden a tomar cuatro decisiones importantes en un proyecto de cambio de comportamiento:

- ¿Quiénes son los grupos prioritarios y de apoyo?
- ¿Que quiere usted hacer para ayudar que el grupo prioritario haga para mejorar su salud (comportamiento)?
- ¿Que factores claves o determinantes son los que probablemente les motiven a adoptar el comportamiento?
- ¿Que actividades puede realizar el proyecto para influenciar los factores clave y los comportamientos?

Durante el taller, basados en las respuestas a estas preguntas, se identifican comportamientos específicos y se desarrollan las estrategias para promover estos comportamientos y para medir los resultados de las actividades del programa.

#### *Más Allá de CCC*

El núcleo de la salud pública es diseñar iniciativas de promoción de salud para servir a comunidades y poblaciones meta y no únicamente a individuos. El bienestar colectivo de las comunidades se promueve creando estructuras y políticas que apoyan estilos de vida saludables, reduciendo y eliminando los peligros en los contextos sociales y ambientales. Estos enfoques representan una perspectiva ecológica, y son la base para la búsqueda de la meta de una mejor salud para todos. Los objetivos de los cambios de comportamientos individuales se completan con las metas más amplias que incluyen el desarrollo de abogacía y políticas. Los enfoques de base comunitaria sugieren estrategias e iniciativas que están planificadas y son lideradas por organizaciones e instituciones. Ejemplos de esta perspectiva más amplia de salud pública incluyen:

- El desarrollo y protección de las fuentes de agua por grupos familiares y de comunidades
- La solución de conflictos de tierras y títulos legales de desmonte de tierras
- La creación de fondos de emergencia comunitarios para ayudar a las familias de la comunidad que enfrenten situaciones de crisis de salud catastróficas
- La creación de un programa alimentario escolar de base

Tales estrategias de base comunitaria puede tener como resultado una reducción significativa de las causas subyacentes de la enfermedad y muerte, y puede que sean los medios más costo-efectivos de asegurar la equidad en salud para comunidades enteras. Este enfoque es un reto para los líderes de los programas para pensar “fuera de los marcos” tradicionales de los servicios clínicos, educación del cliente y hasta las estrategias de servicios de metodología con BCOI.

## Cómo Utilizar la Computadora para Mejorar la Calidad y la Eficiencia

La metodología con BCOI no exige que sea computarizada. En realidad, es en primera y última instancia un sistema de “papel y lápiz”. Su base es la recolección de información proveniente del hogar por los trabajadores comunitarios de salud durante las visitas domiciliarias. Los trabajadores de línea frontal cuando van casa por casa llevan listas y carpetas de salud familiares, y después el equipo tabula la información y la retroalimenta directamente a la comunidad a quien pertenece la información.

La mayor parte de las tabulaciones son conteos simples y cálculo de porcentajes de información puntual. Por lo general, la comunidad no necesita un análisis estadístico más científico. Depender de la computadora al nivel comunitario no es práctico por muchas razones:

- La información parece mas alejada de la comunidad cuando se pone en una máquina, que parece transformar la información mas allá de lo que la mayoría de los clientes pueden entender
- Puede haber muchos atrasos entre la entrada de los datos y la generación de informes útiles.
- En las áreas rurales no siempre existen fuentes confiables de electricidad, lo que aumenta el riesgo de mayores atrasos y la pérdida periódica de información. Si el programa se daña la información se puede perder para siempre.
- Una computadora es una compra y mientras tenemos más trabajadores que las necesiten más alto será el costo del programa de salud.
- Las computadoras requieren mantenimiento por lo general de un proveedor urbano. También son necesarios expertos en computadoras para diseñar programas, resolver problemas y reparar daños.

A pesar de los peligros de la computarización hay algunas ventajas y ejemplos de sistemas computarizados de registros de hogares que parece que funcionan bien (como por ejemplo el sistema de Haitian Health Foundation). Aún cuando es tentador para los programadores de salud diseñar un programa completo para crear un Sistema de Información de Salud (SIS), es esencial que cualquier sistema automatizado de SIS sea lo mas sencillo posible para que se pueda fácilmente obtener apoyo técnico. La computarización puede ser de mucha ayuda una vez que la tabulación manual haya terminado a nivel de proyecto. Se puede introducir los datos a nivel de proyecto (sub-programa) o a nivel de programa y la información puede fluir hacia arriba y compartirse fácilmente con el MSP, el programa nacional y las agencia donantes. EPI INFO es un ejemplo de paquete estadístico que es gratis, y fue desarrollado por los Centros para Enfermedades Contagiosas de los Estados Unidos [US Centers for Health and Disease Control (CDC)] y puede con facilidad generar información agregada y programada para producir cuadros y gráficas.

*La metodología con BCOI ... es en primer y última instancia un sistema de "papel y lápiz". Su base es la recolección de información proveniente del hogar por los trabajadores comunitarios de salud durante las visitas domiciliarias.*

*A pesar de los peligros de la computarización hay algunas ventajas también y ejemplos de sistemas computarizados de registros de hogares que parece que funcionan bien...*

# RECURSOS Y REFERENCIAS

128

Recursos y  
Referencias

## Referencias de Libros y Revistas Profesionales

T. Davis. Barrier Analysis Facilitator's Guide: A Tool for Improving Behavior Change Communication in Child Survival and Community Development Programs. Food for the Hungry, December 2004.

H. Perry, D. Shanklin, and D. Schroeder. Impact of a Community-based, Comprehensive Primary Health Programme on Infant and Child Mortality in Bolivia. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 21: 4, 383-395, December 2003.

J. Vella. Learning to Listen, Learning to Teach: The Power of Dialogue in Educating Adults, Revised Edition. San Francisco: Jasley-Bass, 2002.

D. Shanklin and N. Robison. Two Decades of Community-Based Primary Health Care in Rural Bolivia. In the book, *Community-Based Health Care: Lessons from Bangladesh to Boston*, edited by Jon Rohde and John Wyon. Management Sciences for Health, 2002.

H. Perry, N. Robison, D. Chavez, O. Taja, C. Hilari, D. Shanklin, and J. Wyon. Attaining Health for All Through Community Partnerships: Principles of the Census-Based, Impact Oriented (CBIO) Approach to Primary Health Care Developed in Bolivia, South America. *Social Science and Medicine*, 48: 1053-1067, 1999.

H. Perry, N. Robison, D. Chavez, O. Taja, C. Hilari, D. Shanklin, and J. Wyon. The Census-Based, Impact-Oriented Approach: It's Effectiveness in Promoting Child Health in Bolivia. *Health Policy and Planning*: 13(2): 140-151, June 1998.

J. Valadez. *Assessing Child Survival Programs in Developing Countries*. Harvard University Press, December 1991.

M. Patton. How to Use Qualitative Methods in Evaluation. Sage Publications, Newbury Park, CA, 1987.

A. Kielmann, C. Taylor, R. Faruqee, et al. Child and Maternal Health Services in Rural India. In: *The Narangwal Experiment*, Volumes 1 and 2. The Johns Hopkins Press, Baltimore, 1983.

W. Berggren, D. Ewbanks, and G. Berggren. Reduction of Mortality in Rural Haiti through Primary Health Care Program. New England Journal of Medicine, 304: 1324-1330, May 28, 1981.

T. Cook and D. Campbell. Quasi-Experimentation: Design and Analysis Issues for Field Settings. Rand McNally College Publishing Company, Chicago, IL, 1979.

C. Taylor. Epidemiographic Surveillance and Family Planning. In H. Frederiksen, F. Dunn, M. Freymann, et al. *Epidemiographic Surveillance: A Symposium*, Monograph 13, Chapel Hill: Carolina Population Center, University of North Carolina, 1973: 29-34.

J. Wyon and J. Gordon. The Khanna Study-Population Problems in the Rural Punjab. Cambridge: Harvard University Press, 1971.

## Informes y Presentaciones de ONGs y Otras Agencias

H. Perry, T. Davis, and M. Morrow. Measuring Mortality Patterns and Change. Annual meeting of the CORE Group, Baltimore, MD, May 2004.

El Consejo de Salud Rural Andino. A Training Guide to the Census-Based Impact-Oriented Methodology. La Paz, Bolivia, December 2003.

V. Uccellani and R. Davis. Designing for Learning: Learning-Centered Education Applied to Community-Based Primary Health Care. Annual workshop of the Community-Based, Primary Health Care Working Group of the International Section, American Public Health Association, Washington, DC, November 2003.

G. Berggren, J. Gillens, P. Moses, T. Davis, M. Baguidy, D. David, and K. Vernet. Final Evaluation of a Child Survival Program. Foundation of Compassionate American Samaritans (FOCAS), Cincinnati, OH, October 2003.

J. Nelson-Weaver. Factors Affecting Community-Based Primary Health Care Strategies in Bolivia. PhD Thesis, School of Public Health, University of South Carolina, 2001.

R. Welch. The Use of Care Groups in Community Monitoring and Health Information Systems. Child Survival Connections, Volume 1, Issue 1, 2000.

B. Gebrian. Making Public Health Concrete through Systematic Use of Data: The Haitian Health Foundation's First Decade of Experience. Annual meeting of the CORE Group, Millwood, Virginia, April 2000.

D. Shanklin. Dramatic Reduction of Childhood Mortality in Three Bolivian Child Survival Projects. High Impact PVO Child Survival Programs: Proceedings of an Expert Consultation, Volume 2, pages 45-53. Published by the BASICS Project and CORE, Washington, DC, October 1999.

D. Shanklin and N. Robison. The Long, Hard Road to Child Survival Program Sustainability. High Impact PVO Child Survival Programs: Proceedings of an Expert Consultation, Volume 2, pages 111-123. Published by the BASICS Project and CORE, Washington, DC, October 1999.

J. Nelson-Weaver and D. Shanklin. The Ruth Graham "Saving Children's Lives" Documentation Project, Phase One. Andean Rural Health Care, October 1999.

V. Stetson and R. Davis. Health Education in Primary Health Care Projects: A Critical Review of Various Approaches. The CORE Group, August 1999.

NGO Networks for Health. The Challenge: Rethinking Behavior Change Interventions in Health. Proceedings and Recommendations of a Behavior Change Intervention Forum, Washington, DC, April 1999.

Academy for Educational Development. A Tool Box for Building Health Communication Capacity. Reprinted by BASICS, April 1996.

D. Shanklin and H. Perry. Estimating the Infant/Child Mortality Impact of a Bolivia Child Survival Program. Proceedings of the International Conference on Community Impact of PVO Child Survival Efforts: 1985-1994, Bangalore, India, October 1994.

S. Ofosu-Amaah. Report of the Expert Review Panel to USAID Regarding Andean Rural Health Care's CBIO Approach to Child Survival. USAID, January 1994.

H. Perry. The Census-Based, Impact-Oriented Approach and It's Application by Andean Rural Health Care in Bolivia, South America, Volumes I-III. USAID, October, 1993.

## Recursos Seleccionados del Web

MEDIR Evaluación. Compendio de Seguimiento de Supervivencia Infantil y Herramientas de Evaluación.

[http://www.cpc.unc.edu/measure/techassist/tools\\_methods/inventory/inventory.html](http://www.cpc.unc.edu/measure/techassist/tools_methods/inventory/inventory.html)

MEDIR Evaluación. Compendio de Herramientas de Salud Maternal y Neo-Natal.

<http://www.cpc.unc.edu/measure/cmnht/cmnht.html>

Centro para Información y Evaluación de Desarrollo. CONSEJOS de Evaluación y Seguimiento de Ejecución.

[http://www.dec.org/usaaid\\_eval/#004](http://www.dec.org/usaaid_eval/#004)

Encuesta de Conocimiento, Prácticas y Cobertura: KPC 2000+ Incluyendo Rapid CATCH (edición de Octubre 2000) y Guía del Campo. Disponible en Inglés, Español, y Francés.

The Child Survival Collaborations and Resources Group (CORE) and The Child Survival Technical Support Project.

<http://www.childsurvival.com/kpc2000/kpc2000.cfm>

P. Winch, et al. 2000. Qualitative Research For Improved Health Programs: A Guide to Manuals for Qualitative and Participatory Research on Child Health, Nutrition and Reproductive Health. SARA Project, HHRAA Project, USAID, in collaboration with Department of International Health, Johns Hopkins University. Disponible en Francés. E-mail: [sara@aed.org](mailto:sara@aed.org) or <http://www.aed.org>

J. Aubel. 1999. Manual de Evaluación del Programa participativa: Involucrar Stakeholders en el proceso de evaluación. Child Survival Technical Support Project and Catholic Relief Services, in English, French, and Spanish. <http://www.childsurvival.com/documents/CSTS/ParticipatoryEvaluation.cfm>

D. Espeut. KPC 2000 FIELD GUIDE, 2001. CORE M&E Working Group and Child Survival Technical Support (CSTS) Project.

Version en Inglés: [http://www.childsurvival.com/kpc2000/FldGuide8\\_01.doc](http://www.childsurvival.com/kpc2000/FldGuide8_01.doc)

Version en Español: <http://www.childsurvival.com/kpc2000/Spanish-mods/FIELDGUIDESPAN.doc>

Versión en francés es de próxima aparición. Contacta a: [csts@orcmacro.com](mailto:csts@orcmacro.com)  
T. Davis. 2002. Materiales del currículo de KPC TOST.  
<http://www.geocities.com/msyetom2001/index.html>

Capacitación en línea de análisis del obstáculo:  
[barrieranalysis.fhi.net](http://barrieranalysis.fhi.net)

B. Cogill. 2003. Anthropometric Indicators Measurement Guide, Revised Edition.  
<http://www.fantaproject.org/publications/anthropom.shtml>

Interagency Working Group on IMCI Monitoring and Evaluation (BASICS, CDC, UNICEF, USAID, and WHO). 2001. Indicators for IMCI at First-level Facilities and Households.  
[http://www.who.int/child-adolescent-health/New\\_Publications/CHILD\\_HEALTH/indicators\\_for\\_IMCI.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/CHILD_HEALTH/indicators_for_IMCI.htm)

IMPACT M&E Guide. 2002.  
[http://www.coregroup.org/working\\_groups/IMPACT\\_M&E\\_Guide.pdf](http://www.coregroup.org/working_groups/IMPACT_M&E_Guide.pdf)

Base de datos Internacional. (IDB).  
<http://www.census.gov/ipc/www/idbnew.html>

CSTS Capacity Tool Bank. Una recopilación de herramientas y recursos, objetivos e indicadores para niveles varias incluyendo el NGO, socios locales y comunidad/beneficiarios.  
[http://www.childsurvival.com/tools/project\\_planning.cfm](http://www.childsurvival.com/tools/project_planning.cfm)

Recursos adicionales están en el sitio del Web de CSTS debajo: Tools – Project Planning and Management.  
[http://www.childsurvival.com/tools/project\\_planning.cfm](http://www.childsurvival.com/tools/project_planning.cfm)

J. Valadez, and W. Weiss, C. Leburg, LR. Seims, and R. Davis. August, 2001. A Participants Manual for Baseline Surveys and Regular Monitoring. Using LQAS for Assessing Field Programs in Community Health in Developing Countries. [http://www.coregroup.org/working\\_groups/LQAS\\_Participant\\_Manual\\_L.pdf](http://www.coregroup.org/working_groups/LQAS_Participant_Manual_L.pdf)  
and  
[http://www.coregroup.org/working\\_groups/lqas\\_train.html](http://www.coregroup.org/working_groups/lqas_train.html)

J. Valadez, W. Weiss, C. Leburg and R. Davis. 2003. Assessing Community Health Programmes - Using LQAS Baseline Surveys and Regular Monitoring. A Trainer's Guide and User's Manual. Order from TALC:

<http://www.talcuk.org>

K. Bhattacharyya, and J. Murray. 1999. Participatory Community Planning for Child Health: Implementation Guidelines. Partnership for Child Health Care, Inc.

[www.basics.org](http://www.basics.org)

CHANGE Project. 2001. The Community Surveillance Kit. <http://www.changeproject.org/technical/other/comsurvkitinfo.pdf>

CSTS. 2003. On the Design of Community-Based Health Information Systems. [http://www.childsurvival.com/documents/CSTS/C-HIS\\_Final.pdf](http://www.childsurvival.com/documents/CSTS/C-HIS_Final.pdf)

UNICEF. 1996. Building the Interface between the Community and the Health System. Training for the Health Committees and the Health Staff at Health Unit Level. CD-ROM available from CSTS E-mail: [csts@macroint.com](mailto:csts@macroint.com) or <http://www.childsurvival.com/>

EngenderHealth. 2002. Community COPE: Building Partnership with the Community to Improve Health Services.

[info@engenderhealth.org](mailto:info@engenderhealth.org) <http://www.engenderhealth.org>

B. Bouchet. 1999. Monitoring the Quality of Primary Care. Health Manager's Guide. Quality Assurance Project. Available in English and French.

<http://www.qaproject.org/index1.html> or <http://www.qaproject.org/pdf/hmg.pdf>

Patton, Michael. 2002. Utilization-Focused Evaluation (U-FE) Checklist.

<http://www.wmich.edu/evalctr/checklists/ufe.pdf>

Recursos para investigación cualitativa:

[http://www.coregroup.org/working\\_groups/Qualitative\\_Resources.pdf](http://www.coregroup.org/working_groups/Qualitative_Resources.pdf)