Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas

EVALUACION DEL COMPONENTE DE INTEGRACION)MUNITARIA AL SISTEMA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD. (SIAS).

tudio Descriptivo – transversal, realizado en el Distrito de Salud de San Juan Ermita, Chiquimula. Guatemala Mayo – Junio 1999.

Tesis

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

EVER ABIGAIL LOPEZ ESCOBAR

En el acto de investidura de:

Médico y Cirujano

Guatemala, Agosto de 1999.

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

HACE CONSTAR QUE:

El (la) PERITO CONTADOR: EVER ABIGAIL LOPEZ ESCOBAR

Carnet universitario No. 92-10573

Ha presentado para su **EXAMEN GENERAL PUBLICO** previo a optar al título de Médico (a) y Cirujano (a), el trabajo de tesis titulado:

EVALUACION DEL COMPONENTE DE INTEGRACION COMUNITARIA AL SISTEMA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD (SIAS)

Trabajo asesorado por: DR. MANUEL LOPEZ MORALES

Y revisado por: DR. MARCEL NICOLLE LEON

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, firman y sellan la presente **ORDEN DE IMPRESIÓN**.

Guatemala,
29 de julio de 1,999

Coordinador Unidad de Tesis
DR. ANTONIO E. PALACIOS LOPEZ

Director del C.I.C.S.
DR. JORGE MARIO ROSALES A.

IMPRIMASE:

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Dr. Romeo A. Vásquez Vásquez
Decano

DR. ROMEO ARNALDO VASQUEZ VASQUEZ
DECANO 1998 - 2002

ID DE SAN CARLOS
GUATEMALA

DE CIENCIAS MEDICAS
Universitaria, Zona 12
ala, Centroamérica

Guatemala, 29 de Julio de 1999.

Señores:
Unidad de Tesis
Facultad de Ciencias Médicas
USAC.

Se les informa que El (la)
Perito Contador. EVER ABIGAIL LOPEZ ESCOBAR

Carnet No.: 9210573 ha presentado El Informe Final de su trabajo de tesis titulado:

EVALUACION DEL COMPONENTE DE INTEGRACION
COMUNITARIA AL SISTEMA INTEGRAL DE ATENCION EN
SALUD,(SIAS).

Del cual autor, asesor (es) y revisor nos hacemos responsables por El contenido, metodología, confiabilidad y válidez de los datos y resultados obtenidos, así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.

Firma del estudiante

Firma de Asesor
Nombre completo y sello profesional
Dr. Manuel López Morales
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado No. 2988

Firma del Revisor
Nombre completo y sello profesional
Registro Personal 18519
DR. MARCEL NICOLLE
Medicina General
Colegiado No. 6469

INDICE:

INTRODUCCIÓN.

En la política de salud 1996 – 2000 planteada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) se enfatiza que el aumento de cobertura y el mejoramiento de la calidad de atención de los servicios básicos de salud, solo puede ser posible con la participación comunitaria.

La participación, capacitación y responsabilidad comunitaria son conceptos manejados desde hace mucho tiempo, por los que han diseñado métodos que les permiten evaluar sistemáticamente.

Carlos Agudelo propone un método para evaluar la participación comunitaria en salud mediante un sistema de puntuaciones que permiten establecer el grado de amplitud, totalidad, tipo de gestión, capacitación y responsabilidad.

Para este estudio se encuestaron a guardianes de salud, organizaciones comunitarias y la comunidad colectiva. Cada grupo presentó diferentes porcentajes de participación en las siguientes etapas del proceso administrativo: en planificación 100%, 17% y 17% respectivamente; en la etapa de ejecución 100%, 28% y 0% y en la etapa de control y evaluación 100%, 13% y 0%.-

Los resultados indican que la comunidad tiene una gestión de tipo coadministrativa, una amplitud de participación alta, una totalidad alta para guardianes de salud, y baja para organizaciones comunitarias y comunidad colectiva.

El grado de capacitación comunitaria en las etapas de inducción e introducción para facilitadores comunitarios fue alto, en guardianes de salud grado intermedio y en comadronas tradicionales bajo en etapa de inducción y alto en etapa de introducción para todos los encuestados.

El grado de responsabilidad comunitaria se encontró alto en facilitadores comunitarios , guardianes de salud y comadronas tradicionales.

Se recomienda capacitar en forma constante al personal comunitario en acciones de salud como administración, supervisión y evaluación de los programas para lograr una mejor participación comunitaria dentro del Sistema Integral de Atención en Salud.

I. DEFINICION DEL PROBLEMA

A través de los años, ha surgido un vasto panorama de los programas, estrategias y proyectos que Guatemala ha desarrollado tratando de brindar atención básica y de extender y ampliar la cobertura de los servicios de salud, sin embargo, a pesar de los esfuerzos del gobierno esta cobertura sigue siendo baja. (14,20)

Para 1996 se tenía una cobertura de 54% siendo la más baja de América Latina. Durante 1997 se firmaron convenios para cubrir el equivalente al 8% de la población descubierta por lo que para 1998 la cobertura de 62% aún sigue siendo baja. La tasa de mortalidad en menores de 5 años para 1996 era de 79 por mil nacidos vivos, y 84 por mil para niños de 0-1 años de edad. (10,11,20).

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) en 1,996 como rector del sector salud, plantea un modelo de atención en salud llamado Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS), como un sistema nacional para el desarrollo sostenido de las acciones de salud y diseñado para las condiciones y necesidades de nuestro país, planteando así una política de gobierno 1996-2000. Con este sistema se espera mejorar los indicadores de salud, con aumento de cobertura, mejoramiento de la calidad de atención de los servicios y prevención y control de problemas prioritarios enfatizando la necesidad de integración del personal comunitario para alcanzar los objetivos. (10,11,14).

En nuestro país las condiciones de salud se ven limitadas por la falta de participación, capacitación y responsabilidad comunitaria en pro de la salud, por lo que las políticas de gobierno se han enfocado en reclutar y capacitar al personal comunitario de salud, guardianes de salud, comadronas y facilitadores comunitarios en su afán de alcanzar las metas de salud para todos en el año 2000. (8,9,10).

Con base a lo anterior se pretende evaluar el grado de amplitud y totalidad de la participación comunitaria, así como el tipo de gestión, el grado de capacitación y grado de responsabilidad comunitaria adquirida dentro del Sistema Integral de Atención en Salud, ya que de ello depende en gran parte el éxito o fracaso de dicha política.

II. JUSTIFICACION

En Guatemala para 1996 el 46% de los guatemaltecos, es decir casi la mitad de la población no tenía acceso a los servicios de salud por limitantes económicas, físicas y sociales; por lo que el país a pesar de sus esfuerzos de gobierno, continua caracterizándose por una alta mortalidad infantil y una elevada prevalencia de enfermedades infecciosas. La tasa de mortalidad en menores de cinco (5) años para ese año fue de 79 por mil nacidos vivos y 84 por mil en niños menores un año de edad. (10,11,14,20)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala como requisito fundamental, la participación comunitaria en las tareas de salud, como medio efectivo no solo en el apoyo y el funcionamiento de los servicios asistenciales, sino también en la determinación de las prioridades de salud y en la asignación de los escasos recursos asignados al sector.

Colombia, Cuba y México han demostrado la efectividad de la integración de personal comunitario dentro de actividades de sistema nacional de salud, logrando reducir con ello sus indicadores negativos de salud. (4,18)

Estamos a pocos meses para llegar al tiempo suscrito en la conferencia sobre Atención Primaria de Salud de Alma Ata en 1978 para alcanzar las metas de Salud para todos en el año 2000 y nuestro país todavía cuenta con una baja cobertura en la atención de servicios de salud, a pesar de que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) ha planteado la política 1996-2000 en la que enfatiza que la cobertura total solo será posible con la participación comunitaria en jurisdicciones descubiertas. Por lo anterior estableció un proceso de capacitación de personal comunitario con enfoque permanente, diseñado para asegurar el desarrollo del recurso humano en las áreas del saber, el poder y querer brindar la atención en salud. Además delegando responsabilidades sencillas pero de gran impacto en la salud de la población. (3,10,12,13,16).

Con base a lo anterior se considera pertinente evaluar si la integración del personal comunitario al Sistema Integral de Atención de Salud es o no un factor de éxito en el logro de la extensión de cobertura de los servicios de salud en el mejoramiento de la calidad de atención.

III. OBJETIVOS

GENERAL:

1. Evaluar el componente de integración comunitaria al Sistema Integral de Atención en Salud, del Distrito de San Juan Ermita, Chiquimula.

ESPECIFICOS:

1. Determinar el grado de amplitud y totalidad de la participación comunitaria.

2. Evaluar el tipo de gestión de comunidad de San Juan Ermita.

3. Establecer el grado de capacitación del personal comunitario.

4. Evaluar el grado de responsabilidad del personal comunitario.

IV. REVISION BIBLIOGRAFIA

La Integración Comunitaria al equipo básico de salud, ofrece orientación para incorporar los servicios básicos de salud a la comunidad, tarea que es de gran trascendencia en el proceso de desarrollo humano de la población y del desarrollo integral de la comunidad.

Se contemplan tres factores de éxito en el logro de la extensión de cobertura de los servicios de salud:

PARTICIPACION COMUNITARIA
CAPACITACION DE PERSONAL COMUNITARIO
RESPONSABILIDAD DE PERSONAL COMUNITARIO

Por lo que cada una de las etapas de este proceso requiere de habilidades, experiencia, conocimiento de cultura local y ante todo de una actitud respetuosa, compromiso social y solidaridad. (8)

CONCEPTUALIZACION BASICA

A. PARTICIPACION:

Desde fines del decenio de 1970, ha habido una enorme cantidad de publicaciones sobre la participación que por una parte ha ampliado nuestra comprensión del concepto y por otra ha invalidado todos los esfuerzos de englobar ese concepto en un solo enunciado. Ahora básicamente la participación se interpreta en tres formas; como contribución, como organización y como delegación de facultades. (1,4,13).

B. COMUNIDAD:

Se ha definido como: grupo de personas que habita en un territorio geográfico definido, que tiene intereses comunes y un sentido de pertenencia al grupo y que posee algún grado de organización con instituciones y lideres que lo representan. (1,2,13).

C. PARTICIPACION COMUNITARIA:

Contempla la responsabilidad que asumen los individuos a su participación activa, en la identificación de problemas de salud y desarrollo local, así como la formulación, ejecución y evaluación de los programas. (1,3,5).

En cuestiones de salud se dice que es la piedra angular del concepto de

CONCEPCION POLITICO-IDEOLOGICA: procura que la participación comunitaria, sea un método e instrumento para promover la organización popular y transferir un mayor poder a la comunidad. (2,6)

D. CAPACITACION COMUNITARIA:

Es una herramienta metodológica, que permite el desarrollo del personal comunitario para alcanzar metas de extensión de cobertura de los servicios de salud y mejorar la calidad de atención a través de:

- La formación de actitudes y compromiso social requeridos.

- Adquisición de conocimientos y destreza para la aplicación de las normas de atención en salud.

- El estímulo a la creatividad e iniciativa para la movilización de recursos de la sociedad civil. (4,9,12,19).

El proceso de capacitación favorece la identificación del recurso humano con su papel histórico en la comunidad, proporcionándole seguridad al desempeño óptimo de su función mejorando su autoestima, satisfaciendo sus necesidades básicas de identificación, pertenencia y reconocimiento.

La capacitación del personal comunitario facilita la entrega del conocimiento en salud, lo que permite a la población superar las barreras de acceso a los servicios de salud en el medio sociocultural local.

Este proceso de capacitación comprende entre otros, dos características especiales:

Inducción al SIAS.
Introducción de actividades.

La inducción provee el conocimiento de contenidos genéricos de:
a) El Sistema Integral de Atención en Salud.
b) Servicios básicos de salud en el primer nivel de atención.

La introducción de actividades comprende:

a) Elaboración de croquis del sector
b) Levantado de censo
c) Introducción de las normas del primer nivel de atención, según perfil epidemiológico: vacunación, diarrea, cólera, infecciones respiratorias agudas, atención prenatal, atención del parto y del recién nacido, etc. (8,9,10)

E. RESPONSABILIDAD COMUNITARIA:

RESPONSABILIDAD: significa darle a otra persona el poder para tomar decisiones y de ser capaz de aceptar las consecuencias buenas o malas de una decisión o una acción. El personal comunitario tiene responsabilidades sencillas pero de gran impacto en la salud de la población, las cumple a través de acciones que requieren buena disposición y poco tiempo más que conocimientos profundos.

GUARDIAN DE SALUD: voluntario que atiende a las familias de un sector, lo que depende de la dispersión entre las viviendas.

- Asiste a la capacitación mensualmente.
- Participa en el análisis de la situación de salud de la comunidad.
- Elabora visita domiciliaria.
- Realiza acciones de prevención y atención de enfermedades comunes y primeros auxilios en caso de urgencias, etc.

COMADRONA TRADICIONAL: persona que atiende por demanda de las mujeres embarazadas en busca de sus servicios. Sus funciones son:

- Asistir a capacitación mensual.
- Realizar control prenatal y promover el control con médico ambulatorio o del servicio de salud.
- Atender partos normales, puerperio y recién nacido según normas de atención.
- Distribuir sulfato ferroso y ácido fólico a embarazadas.
- Referir casos con complicaciones a centro de salud u hospital.
- Orientar sobre la alimentación de la embarazada y lactancia materna.
- Registrar la información sobre la atención del parto en la boleta de nacimiento.
- Orientar a la familia sobre espaciamiento de embarazos. (7,8,10,12)

FACILITADOR COMUNITARIO: persona quien supervisa a los guardianes de salud de las comunidades bajo su responsabilidad. Sus funciones son:

- Asistir a capacitación mensual.
- Participar en el programa de actividades.
- Supervisar actividades de los guardianes de salud.
- Consolidar los croquis.
- Elaborar carteles de sala situacional y presentarlos para el análisis de salud de la comunidad en asamblea.
- Atender personas referidas por el guardián de salud.
- Participar en la elaboración de proyectos de mejoramiento medio.
- Coordinar con la organización comunitaria la gestión y dotación de suministros así como transporte de personas referidas. (10)

F. SISTEMA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD (SIAS)

En Guatemala, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), como rector del sector salud, está implementando a nivel nacional, un nuevo modelo de atención en salud "Sistema Integral de Atención en Salud", (SIAS), definiéndose como: La organización y administración de los recursos por niveles de atención, para extender la cobertura de los servicios de salud y mejorar la calidad de atención, con criterios de equidad, solidaridad y universalidad de forma sostenible y eficaz. (11,14,20)

OBJETIVOS: el SIAS tiene como objetivo general, contribuir a mejorar la atención en salud de la población, en el diseño y ejecución de los cambios políticos, institucional y financiero de las instituciones que integran el sector salud, teniendo como objetivos específicos:

- Optimizar la cobertura de servicios de salud, focalizándolo en áreas descubiertas.
- Incrementar la capacidad resolutiva y mejorar la calidad de atención de los servicios de salud.
- Aumentar el nivel de gasto público en salud y ampliar las fuentes de financiamiento del sector, asegurando sostenibilidad.
- Diseñar la estrategia y mecanismo para que la población participe en la Planificación, Gestión y Fiscalización de la prestación de servicios de salud. (11)

MISION DEL SIAS: busca el desarrollo sostenido y autosuficiente de las acciones de salud en los niveles de atención, gestión y administración, involucrando para ello a la comunidad, quienes deberán prestar su participación eficiente, reflexiva y consistente. Mediante procesos coparticipativos con la comunidad, facilita la instalación y desarrollo de formas alternativas para la prestación y administración de servicios de salud. (11)

VISION DEL SIAS: Espera lograr para el año 2000:

- Una participación social monitoreando y acompañando la calidad de la atención de salud, en sus tres niveles de atención.
- Equipos de trabajo fortalecidos con recursos, insumos y capacitaciones suficientes.
- Recursos humanos, brindando a la comunidad, calidad de atención y prestación de servicios con calidad profesional, técnica, eficiencia, equidad, rapidez, accesibilidad, seguridad, comodidad y satisfacción del usuario.(11)

PROPOSITOS DEL SIAS:

- Normar la organización y administración de los niveles de atención para la capacidad productiva, resolutiva y funcional de los servicios de salud.
- Extensión de cobertura con base en la estrategia de atención primaria de salud.
- Calidad total en atención y prestación de servicios de salud.
- Desconcentración y descentralización administrativa-financiera de los servicios de los tres niveles de atención.
- Optimo aprovechamiento de los recursos disponibles dentro del sector.
- Lograr una participación social eficiente que permita la comunidad desempeñar su rol en el mantenimiento de los servicios y calidad de atención en salud. (11)

ORGANIZACION: el SIAS está organizado en tres niveles de atención para la prestación de servicios; tres niveles de gestión para la administración de recursos y siete subsistemas que integran una red nacional que determina la capacidad resolutiva, operativa y administrativa de los diversos servicios.

ESTRATEGIAS DEL SIAS:

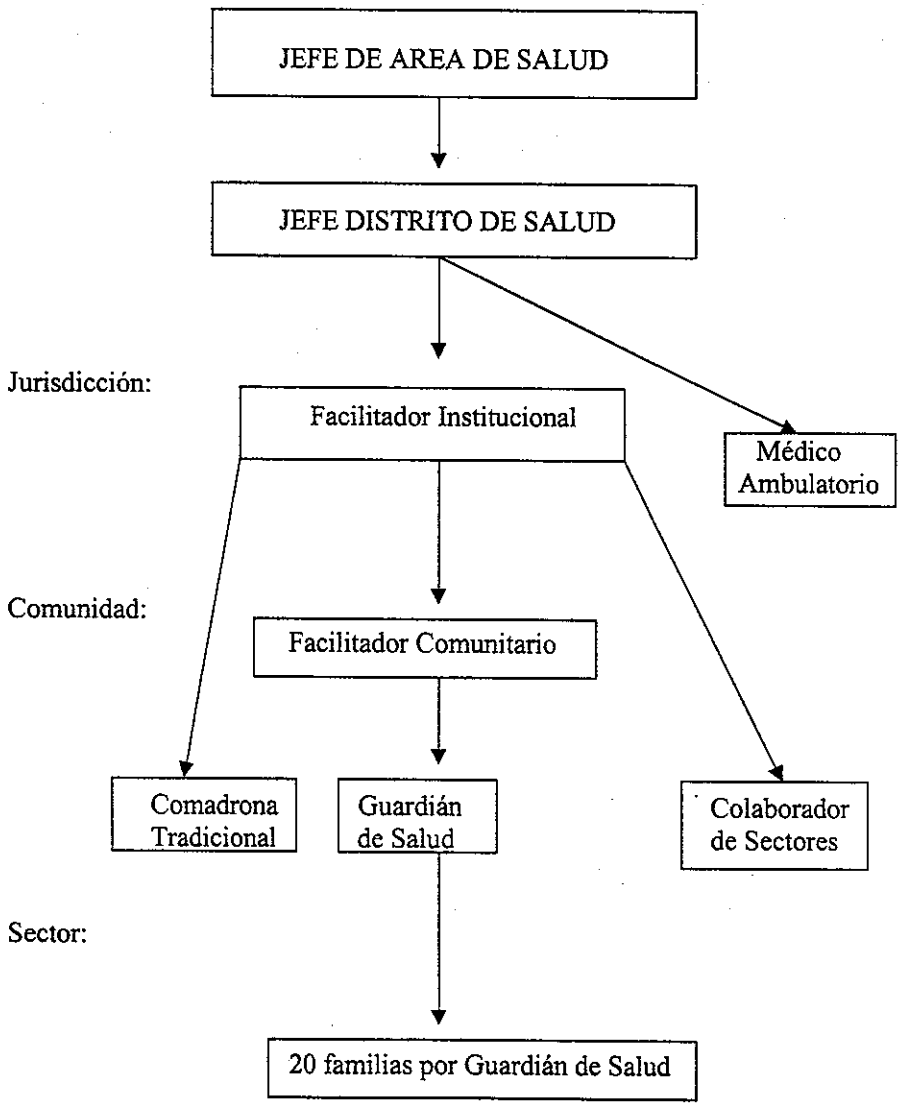
- Aplicación de los fundamentos del proceso de modernización y descentralización del Estado y el alcance de los cumplimientos de los Acuerdos de Paz.
- Participación intra, extrasectorial y de la comunidad.
- Consideración del perfil epidemiológico, demográfico, de aspectos culturales y disponibilidad.
- Sistematización de experiencias concretas en áreas geográficas y grupos poblacionales específicos. (11)

PRIMER NIVEL DE ATENCION:

Nivel de Atención se define como: el grado de descentralización administrativa y resolutiva de los servicios de salud, que en si mismos determinan el grado de complejidad de la atención.

El primer nivel de atención ofrece a la población un paquete de servicios básicos para prevenir y controlar la enfermedad, cuidar, promover, recuperar y rehabilitar la salud en el contexto de la atención primaria. (11)

ORGANIZACION DEL SIAS
PRIMER NIVEL DE ATENCION



SERVICIOS BASICOS DE SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION: son un conjunto de servicios que el personal de salud institucional y voluntario, brinda a las personas y al ambiente en forma permanente y con participación de la comunidad para mejorar la situación de salud. Estos incluyen:

- Atención en salud reproductiva.
- Atención a niños y niñas.
- Atención a enfermedades prevalentes.
- Atención al medio.

Estos servicios se brindan en la vivienda, el centro comunitario y clínicas municipales, privadas o de ONGS; incluyendo acciones de educación en salud, manejo de medicamentos esenciales y medicina tradicional.

G. METODO DE AGUDELO:

Carlos Agudelo propone un método para evaluar la participación comunitaria en salud, mediante un sistema de puntuación que permite establecer el grado de amplitud y totalidad de participación y tipo de gestión. (1)

AMPLITUD: está determinada por el número de instrumentos presentes y actuantes, se basa en una combinación de factores de organización, acción y autonomía, adjudicándoles un valor.

La suma de los instrumentos y los puntos que representan mide la amplitud de participación comunitaria. (1)

TOTALIDAD DE LA PARTICIPACION: se evalúa examinando la integración de cada uno de los instrumentos comunitarios al proceso administrativo de la salud, específicamente en la planificación, ejecución, el control y evaluación de actividades. La totalidad de la participación puede tener diferentes grados y son muchas las formas en que cada instrumento desarrolla las actividades. (1)

TIPO DE GESTION: implica una evaluación de tipo cualitativo y conduce a establecer la forma en que la comunidad por medio de sus instrumentos, administra los recursos y las actividades de salud existiendo tres tipos de gestión:

- **AUTOGESTION:** cuando la comunidad administra los recursos y las actividades, la toma de decisiones se produce a nivel de los instrumentos comunitarios, por lo menos en los aspectos claves.

- **COADMINISTRACION:** cuando la comunidad comparte administración con una institución de salud pública o privada, se colabora en la toma de decisiones y por lo general, la institución de salud, establece las políticas y consulta a la comunidad sobre su aplicación.

- **RECEPCION PASIVA DE SERVICIOS:** cuando la comunidad no toma decisiones relacionadas con el servicio de salud, se basa en grados muy bajos de amplitud y totalidad o en la carencia absoluta de participación. (1)

CUADRO "A" ETAPAS Y ACTIVIDADES

ETAPAS DEL PROCESO ADMINISTRATIVO	ACTIVIDADES No. TIPO	PROTOTIPOS
PLANIFICACION	1. Diagnóstico	Encuesta y estudios de campo comunitario. Guía diagnósticas sobre estado de salud. Identificación de los problemas.
	2. Objetivos y prioridades	Discusión sobre objetivos y prioridades.
	3. Programación	Propuesta y discusiones sobre actividades y acciones colectivas.
EJECUCION	4. Administración	Centros de acopio y cooperativas de consumo, servicios de rehidratación oral, programas de alimentación, huertas, escolares y comunitarias, distribuciones de medicamentos.
	5. Actividades técnicas	Vacunación, visitas domiciliaria, detección de grupos de riesgo, acción colectiva, etc.
	6. Educación	Cursos, cursillos de difusión y adiestramiento de promotores o para la comunidad.
	7. Utilización de servicios	Utilización de servicios.
CONTROL	8. Supervisión	Análisis de la cantidad y oportunidad de los servicios.
EVALUACION	9. Estudio de resultados	Seminario con representantes de la comunidad. Grupo de trabajo. Asamblea para representación de resultados.

CUADRO "B" PUNTAJE DE AMPLITUD Y TOTALIDAD

	AMPLI-TUD	PLANIFI-CACION		EJECU-CION		CONTROL		EVALUA-CION		TOTA-LIDAD
INSTRUMENTO	a P	b Act.	a P	a Act	a P	b Act.	a P	b Act.	a P	40
PROMOTOR DE SALUD	5	1 2 3	5 5 5	5 5	10 5	8	5	9	5	40
COMITÉ DE SALUD	10	1 2	5 5	5 5 6	5 5 10	5	5	9	5	40
OTRAS ORGANIZACIONES	5	1	5	5 6	15 10	8	5	9	5	40
LA COMUNIDAD COLECTIVAMENTE	10	-	-	5 7	15 15	-	-	9	10	40
TOTAL AMPLITUD	30									

a puntos

Act. b según la numeración del cuadro "A"

* La presencia de cada instrumento recibe un puntaje establecido que al sumarles mide la amplitud de la participación comunitaria cuyo valor mas alto es de 30 puntos.

* La totalidad de la participación, se obtiene sumando horizontalmente los puntajes de cada actividad de las etapas administrativas para cada instrumento comunitario y su mayor valor es de 40 puntos.

CUADRO "C" GRADOS DE PARTICIPACION SEGUN EL PUNTAJE TOTAL

GRADOS	PARTICIPACION	
	AMPLITUD	TOTALIDAD
ALTO	20 A 30	25 ó más
INTERMEDIO	10 A 15	20
BAJO	5	15 ó más

Fuente: Criterios de Carlos Agudelo.

CUADRO "D" GRADOS DE CAPACITACION Y RESPONSABILIDAD COMUNITARIA

GRADOS	CAPACITACION	RESPONSABILIDAD
ALTO	66.6 – 99.9	66.6 – 99.9
INTERMEDIO	33.3 – 66.6	33.3 – 66.6
BAJO	0 – 33.3	0 –33.3

V. SAN JUAN ERMITA

GEOGRAFIA:

El Municipio de San Juan Ermita, se ubica en el departamento de Chiquimula, se encuentra a quince (15) kilómetros de la cabecera departamental, y a ciento ochenta y siete (187) kms. de la Ciudad Capital.

San Juan Ermita cuenta con una extensión territorial de noventa (90) kilómetros cuadrados y se encuentra a quinientos sesenta y nueve (569) metros sobre el nivel del mar, cuenta con un clima templado y cálido. La vía de acceso es una carretera de terracería transitable, actualmente con trabajos de asfaltado, la cual comunica con la cabecera departamental.

La cabecera municipal cuenta con una alcaldía municipal, un centro de salud, una escuela nacional urbana mixta, colegio básico por cooperativa, una iglesia católica.

DEMOGRAFIA:

Para 1998, San Juan Ermita contaba con una población total de trece mil trescientos treinta y ocho (13,338) habitantes predominando la raza ladina y con un alto porcentaje de la raza Chortí, posee una pirámide poblacional de base ancha, con un 50.10 por cien de sexo masculino y un 49.90 por cien de sexo femenino.

La mayoría de sus habitantes se dedican a la agricultura.

SERVICIOS DE SALUD:

San Juan Ermita cuenta con un centro de salud en su cabecera municipal, atendido por un médico jefe de distrito, una enfermera profesional, un inspector de saneamiento ambiental, un técnico en salud rural, una auxiliar de enfermería y una secretaria.

Cuenta con un puesto de salud en la aldea de "Los Encuentros" atendido por un médico practicante EPS rural y un auxiliar de enfermería. Además cuenta con diez centros comunitarios atendidos por un médico ambulatorio y un facilitador institucional.

VI. METODOLOGIA

A. TIPO DE ESTUDIO:
Estudio de tipo Descriptivo-Transversal

B. SUJETO DE ESTUDIO:
Personal Comunitario, (guardianes de salud, comadronas capacitadas, facilitador comunitario, organizaciones comunitarias y comunidad colectiva.

C. POBLACION:
Todas las organizaciones comunitarias y personas que participan en pro de la salud de los habitantes de la comunidad de San Juan Ermita.

D. CRITERIOS DE INCLUSION:
A todos los miembros de organizaciones comunitarias, guardianes de salud, comadronas capacitadas, facilitadores comunitarios.

E. CRITERIOS DE EXCLUSION:
A todos los que se niegan ser entrevistados.

F. DEFINICION DE VARIABLES:
Variable: **" AMPLITUD DE PARTICIPACION"**

Definición Conceptual:	Extensión, calidad de amplio valor máximo de una magnitud.
Definición Operacional:	Determinada por el número de instrumentos presentes y actuantes.
Escala de Medición:	Cuantitativa
Unidad de Medición:	0 - 30 puntos

Variable: **"TOTALIDAD DE PARTICIPACION"**
Definición Conceptual: Conjunto de todos los componentes.
Definición Operacional: Integridad de cada instrumento comunitario al proceso de planificación, ejecución, control y evaluación de actividades.
Escala de Medición: Cuantitativa
Unidad de Medición: 0 - 40 puntos

Variable: **"GESTION"**
Definición Conceptual: Acción de gestionar, administración.
Definición Operacional: Autogestión, coadministración, receptor pasivo de los servicios.
Escala de Medición: Cualitativa
Unidad de Medición: Autogestión
Coadministración
Recepción pasiva de servicios

Variable: **"CAPACITACION COMUNITARIA"**
Definición Conceptual: Formación, acción y efecto de capacitar
Definición Operacional: Herramienta metodológica que permite el desarrollo del recurso humano.
Escala de Medición: Ordinal
Unidad de Medición: 0 - 100 puntos

Variable: **"RESPONSABILIDAD COMUNITARIA"**
Definición Conceptual: Obligación de responder de los actos que alguien ejecuta o que otros hacen.
Definición Operacional: Responsabilidad que cumple a través de acciones que requieren buena disposición y poco tiempo, más que conocimientos profundos.
Escala de Medición: Ordinal
Unidad de Medición: 0 - 100 puntos

G. PROCEDIMIENTOS PARA RECOLECTAR LA INFORMACION:

Se solicitó autorización a la Jefatura de distrito, luego se habló con autoridades locales de la comunidad y posteriormente se habló con los integrantes de grupos comunitarios.

H. PLAN DE ANALISIS:

Se tabularon los datos obtenidos, y se compararon con los rangos proporcionados en los criterios de Carlos Agudelo.

MEDICION COMBINADA: cada instrumento recibe el puntaje establecido para la amplitud y se anota en la columna de la izquierda (ver cuadro B). En la suma de instrumentos el valor más alto de amplitud es de treinta.

La totalidad se obtiene sumando horizontalmente el puntaje de cada actividad de las etapas administrativas para cada instrumento, (ver cuadro B). El mayor valor de totalidad es de cuarenta para cada instrumento (ver cuadro C).

I. CONSIDERACIONES ETICAS:

Queda a criterio de cada participante, el deseo de ser entrevistado luego de informarle acerca del estudio.

J. RECURSOS:

HUMANOS:

Guardianes de Salud, comadronas capacitadas, facilitador comunitario, organizaciones comunitarias.

MATERIALES:

Bibliotecas de:

- Dirección General de Servicios de Salud, Guatemala
- Facultad de Ciencias Médicas USAC
- INCAP
- OPS, Guatemala

Equipo de Oficina
Material de Oficina
Computadora, Diskettes
Libros, Revistas, Documentos

ECONOMICOS:

Fotocopias		Q. 100.00
Transporte		Q. 300.00
Hospedaje y Alimentación		Q. 600.00
Impresión		Q. 1,200.00
	total:	Q. 2,200.00

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS.

CUADRO No. 1
PARTICIPACION COMUNITARIA EN LA ETAPA DE PLANIFICACIÓN DE ACCIONES DE SALUD.
SAN JUAN ERMITA, CHIQUIMULA MAYO – JUNIO DE 1,999.

ACTIVIDADES	Diagnostico de los problemas de salud				Objetivos, prioridades de las actividades comunitarias				Propuestas sobre las actividades de salud para la comunidad				Discusión de las actividades de la salud con la comunidad			
Instrumentos	SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO	
		%		%		%		%		%		%		%		%
Guardianes de salud	67	100	0	0	67	100	0	0	67	100	0	0	67	100	0	0
Otras organizaciones comunitarias	3	171	15	83	3	17	15	83	3	17	15	83	3	17	15	83
Comunidad colectiva	1	17	5	83	1	17	5	83	1	17	5	83	1	17	5	83
Totales	71	78	20	22	71	78	20	22	71	78	20	22	71	78	20	22

Fuente: Boleta de encuesta a instrumentos de salud.

Para interpretar el cuadro, cruce el eje de las columnas (acciones de la planificación) en función de las filas. (actores sociales)

CUADRO No. 2
PARTICIPACION COMUNITARIA EN LA ETAPA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES DE SALUD.
SAN JUAN ERMITA, CHIQUIMULA MAYO – JUNIO DE 1,999.

ACTIVIDADES	Realización de visitas domiciliarias				Participación en las jornadas de vacunación				Detecta grupos de riesgo				Participa en cursos, cursillos de salud.			
Instrumentos	SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO	
		%		%		%		%		%		%		%		%
Guardianes de salud	67	100	0	0	67	100	0	0	67	100	0	0	67	100	0	0
Otras organizaciones comunitarias	5	28	13	72	5	28	13	72	5	28	13	72	5	28	13	72
Comunidad colectiva	0	0	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100
Totales	72	79	19	21	72	79	19	21	72	79	19	21	72	79	19	21

Fuente: Boleta de encuesta a instrumentos de salud.

Para interpretar el cuadro, cruce el eje de las columnas (acciones de la ejecución) en función de las filas. (actores sociales)

CUADRO No. 3

PARTICIPACION COMUNITARIA EN LAS ETAPAS DE CONTROL Y EVALUACION DE ACCIONES DE SALUD.

SAN JUAN ERMITA, CHIQUIMULA MAYO – JUNIO DE 1,999.

ACTIVIDADES	Participación con los grupos de trabajo				Reuniones con los representantes de la comunidad para evaluar condiciones de salud.				Evaluación sobre el desarrollo de los programas y resultados de acciones de salud.				Evaluación de los cumplimientos de metas acordadas.			
Instrumentos	SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO	
		%		%		%		%		%		%		%		%
Guardianes de salud	67	100	0	0	67	100	0	0	67	100	18	0	67	100	0	0
Otras organizaciones comunitarias	8	44	10	56	2	11	16	89	0	0	0	100	0	0	18	100
Comunidad colectiva	0	0	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100
Totales	75	82	16	18	69	75	22	25	67	73	24	27	67	73	24	27

Fuente: Boleta de encuesta a instrumentos de salud.

Para interpretar el cuadro, cruza el eje de las columnas (acciones de control y evaluación) en función de las filas. (actores sociales)

CUADRO No. 4
EVALUACION DE AMPLITUD Y TOTALIDAD DE PARTICIPACION COMUNITARIA EN SALUD.
SAN JUAN ERMITA, CHIQUIMULA MAYO – JUNIO DE 1,999.

INSTRUMENTO	Amplitud	Planificación		Ejecución		Control y evaluación		Totalidad	
	P 1	Act. 2	P 1	Act. 2	P 1	Act. 2	P 1	P 1	Tipo de gestión
Guardianes de Salud	5	1 2 3	5 5 5	5 6	5 5	8 9	5 5	35	Co-Administrativa
Otras organizaciones comunitarias	5	1	0	5 6	5 10	8 9	0 0	15	Co-Administrativa
La comunidad colectivamente	10	-	-	5 7	0 0	9	0	00	
Total amplitud	20								

P1 - Puntos
Act. 2 - Actividad

Fuente: Boleta de encuesta a instrumentos de salud.

Para interpretar este cuadro, vea los cuadros A, B Y C del plan de análisis.

CUADRO No. 5
CAPACITACION COMUNITARIA EN LA ETAPA DE INDUCCION DE ACCIONES DE SALUD.
SAN JUAN ERMITA, CHIQUIMULA MAYO – JUNIO DE 1,999.

ACTIVIDADES	Conocimientos sobre Sistema Integral de Atención en Salud. (SIAS)						Conocimientos sobre servicios básicos de salud en primer nivel de atención						Conocimientos sobre equipo básico de salud.					
	Bajo		Inter medio		Alto		Bajo		Inter medio		Alto		Bajo		Inter medio		Alto	
Instrumentos		%		%		%		%		%		%		%		%		%
Facilitadores comunitarios	1	25	0	0	3	75	1	25	1	25	2	50	0	0	0	0	4	100
Guardianes de salud	10	16	7	11	46	73	44	69	8	13	11	18	0	0	0	0	63	100
Comadronas tradicionales	16	89	2	11	0	0	16	89	2	11	0	0	16	89	2	11	0	0

Fuente: Boleta de encuesta a instrumentos de salud.

Para interpretar el cuadro, cruza el eje de las columnas (acciones de la inducción) en función de las filas (actores sociales).

CUADRO No. 6
CAPACITACION COMUNITARIA EN LA ETAPA DE INTRODUCCION DE ACCIONES DE SALUD.
SAN JUAN ERMITA, CHIQUIMULA MAYO – JUNIO DE 1,999.

ACTIVIDADES	Conocimiento sobre que es un croquis						Conocimiento del esquema de vacunación de un recien nacido						Conocimiento de las caracteristicas de un niño deshidratado y tratamiento					
Instrumento	Bajo		Inter medio		Alto		Bajo		Inter medio		Alto		Bajo		Inter medio		Alto	
		%		%		%		%		%		%		%		%		%
Facilitadores comunitarios	0	0	0	0	4	100	0	0	1	25	3	75	0	0	1	25	3	75
Guardianes de salud	14	22	9	14	40	64	14	22	9	14	40	64	14	22	9	14	40	64

Fuente: Boleta de encuesta a instrumentos de salud.

Para interpretar el cuadro, cruza el eje de las columnas (acciones de la introducción) en función de las filas (actores sociales).

CUADRO No. 7
CAPACITACION COMUNITARIA EN ETAPA DE INTRODUCCION DE ACCIONES DE SALUD.
SAN JUAN ERMITA, CHIQUIMULA MAYO – JUNIO DE 1,999.

ACTIVIDADES .	Conocimiento de los metodos anticonceptivos.						Conocimiento sobre tipo de vacuna para una mujer embarazada						Conocimiento de las recomendaciones para una mujer pos-parto.					
Instrumento	Bajo		Inter medio		Alto		Bajo		Inter medio		Alto		Bajo		Inter medio		Alto	
		%		%		%		%		%		%		%		%		%
Comadronas Tradicionales.	2	11	4	22	12	66	0	0	1	6	17	94	3	17	3	17	12	66

Fuente: Boleta de encuesta a instrumentos de salud.

Para interpretar el cuadro, cruza el eje de las columnas (acciones de introducción) en función de las filas (actores sociales).

CUADRO No. 9
RESPONSABILIDAD COMUNITARIA DE ACCIONES DE SALUD.
SAN JUAN ERMITA, CHIQUIMULA MAYO – JUNIO DE 1,999.

ACTIVIDADES	Promueve aplicación de toxoide tetanico						Registra información sobre atención del parto en boleta de nacimientos						Orienta a las familias de su comunidad sobre espaciamiento de embarazos.					
Instrumento	Bajo		Intermedio		Alto		Bajo		Intermedio		Alto		Bajo		Intermedio		Alto	
		%		%		%		%		%		%		%		%		%
Comadronas tradicionales	0	0	0	0	18	100	0	0	0	0	18	100	0	0	0	0	18	100

Fuente: Boleta de encuesta a instrumentos de salud.

Para interpretar el cuadro, cruza el eje de las columnas (de las actividades) en función de las filas (actores sociales).

VIII. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

La política de salud 1,996 – 2,000 enfatiza que el aumento de cobertura y mejoramiento de calidad de atención en salud será posible únicamente con la participación comunitaria.

Los cuadros 1, 2, 3, y 4 muestran que el grado de participación de los guardianes de salud en las etapas del proceso administrativo (planificación, ejecución, control y evaluación de acciones de salud) es alto, no así en otras organizaciones y comunidad colectivamente, quienes se encontraron con un bajo grado de participación, esto podría deberse a que en la historia de nuestro país a la comunidad nunca se les brindó la oportunidad de participar en etapas administrativas para su bienestar propio.

En relación a guardianes de salud, otras organizaciones y comunidad colectiva el grado de amplitud de participación comunitaria fue alto; esto no significa que todos los encuestados se encuentran capacitados para desempeñar las acciones de salud en la comunidad, demostrado por el grado de totalidad de participación alta, que se reflejó para guardianes de salud pero que fue bajo para las organizaciones comunitarias y comunidad colectiva.

Los cuadros 5, 6, y 7 muestran que el grado de capacitación es alto para facilitadores comunitarios y guardianes de salud y bajo en las comadronas tradicionales en la etapa de inducción, esto podría deberse en gran parte a que el grado de escolaridad de estas es bajo, lo que les dificulta alcanzar un mayor grado de conocimientos básicos. A los facilitadores comunitarios para desempeñar el cargo les es requerido tener sexto grado de primaria como mínimo y a los guardianes de salud saber leer y escribir.

En la etapa de introducción, todos los encuestados presentaron un grado de capacitación alto, talvéz relacionado con que los contenidos se refieren a aspectos que ellos han venido manejando desde hace mucho tiempo.

Los cuadros 8 y 9 muestran que el grado de responsabilidad es alto en todos los encuestados, lo que significa que han asumido con seriedad las funciones que se les han asignado.

IX. CONCLUSIONES.

1. En el Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) de San Juan Ermita existe una alta amplitud de participación debido a la presencia de: guardianes de salud, organizaciones comunitarias y la comunidad.

2. La participación comunitaria es alta para guardianes de salud y baja para organizaciones comunitarias y la comunidad colectiva.

3. La comunidad tiene un tipo de gestión coadministrativa.

4. La intervención de las organizaciones comunitarias y de la comunidad colectiva es baja dentro del Sistema Integral de Atención en Salud.

5. La capacitación comunitaria es alta en facilitadores comunitarios, intermedia en guardianes de salud y baja en comadronas, en la etapa de inducción.

6. La capacitación comunitaria en etapa de introducción es alta en los facilitadores comunitarios, intermedia en guardianes de salud y alta en comadronas.

7. La responsabilidad comunitaria es alta en los facilitadores comunitarios, guardianes de salud y comadronas tradicionales.

X. RECOMENDACIONES.

1. Que la política de salud, obtenga base comunitaria para darle sostenibilidad al proceso.

2. Que los instrumentos de salud sean capacitados de forma constante para que realicen acciones de salud como administración, supervisión y evaluación.

3. Que los sistemas locales de salud sean resultado de una participación social organizada.

4. Que se realicen evaluaciones periódicas a la participación, capacitación y responsabilidad comunitaria para tener una panorámica constante de la misma en el Sistema Integral de Atención en Salud.

5. Se recomienda el uso del método de Carlos Agudelo, para evaluar la participación comunitaria ya que este permite planificar las prestaciones de salud.

XI. RESUMEN.

El presente estudio de investigación, se realizó en el distrito de salud San Juan Ermita, departamento de Chiquimula, durante los meses de Mayo y Junio de 1,999. El objetivo primordial fue evaluar el componente de integración comunitaria al Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) con relación a la participación de amplitud y totalidad comunitaria, tipo de gestión, capacitación y responsabilidad comunitaria.

Los resultados evidencian que la comunidad posee varios instrumentos de salud, lo que demuestran una alta amplitud y una totalidad de participación alta solo para los guardianes de salud y baja para las otras organizaciones comunitarias y comunidad colectiva.

Para este estudio se encuestaron a guardianes de salud, organizaciones comunitarias y la comunidad colectiva, de los cuales se obtuvieron los siguientes porcentajes de participación en las siguientes etapas del proceso administrativo; en planificación 100%, 17% y 17% respectivamente; etapa de ejecución 100%, 28% y 0% y en la etapa de control y evaluación 100%, 13% y 0%.-

El grado de capacitación comunitaria en etapas de inducción e introducción para facilitadores comunitarios fue alta, en guardianes de salud, fue intermedia y en comadronas bajo en etapa de inducción y alta en etapa de introducción. El grado de responsabilidad comunitaria fue alto para todos los instrumentos.

Se recomienda seguir evaluando periódicamente la participación, capacitación y responsabilidad comunitaria en el Sistema Integral de Atención en Salud para tener una guía acerca de los aspectos que ameritan mayor promoción para lograr los objetivos de dicha política de salud.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

01. Agudelo. Carlos A. Participación comunitaria en salud conceptos y criterios de valoración. Bol. of, sanit. 1983

02. Gallardo D. Leonel. Algunas tendencias de la educación y participación comunitaria en salud en América Latina, Bol. OPS, vol 96, abril 1984

03. Foro Mundial de la salud, ética, equidad y salud para todos vol. 18 1997

04. Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) La participación comunitaria en salud, México 1997

05. Lara G. Claudia. Actitud del personal de salud frente al Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) Facultad de Ciencias Médicas USAC; Guatemala, Agosto 1998

06. MSPAS. EL Salvador, C.A. La Participación social en los sistemas locales de salud. El Salvador, 1993

07. MSPAS. Información sobre guardianes de salud; guía para capacitación de personal de salud, SIAS No. 6 Guatemala, 1998

08. MSPAS. Integración del personal comunitario al equipo básico de salud; guía para capacitación de personal de salud, SIAS, No. 2. Guatemala, 1998

09. MSPAS. Proceso de capacitación de personal comunitario guía para capacitación de personal de salud, SIAS, No. 5 Guatemala, 1998

10. MSPAS. Servicios básicos de salud en primer nivel de atención. guía para capacitación de personal de salud, SIAS No. 1, Guatemala, 1998

11. MSPAS. Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) Guatemala, mayo 1997

12. OPS. Guía para la gestión de la atención primaria de salud, publicaciones científicas, Washington, 1997

13. OPS-OMS. La participación de la comunidad en el desarrollo de su salud. Ginebra, 1991

14. OPS. La Salud en las Américas, publicaciones científicas No. 569, vol.II. 1998

15. OPS. Los próximos veinte años en la atención de salud. Ginebra, 1983

16. OPS. Pineda Estuardo, et. al. Metodología de la investigación manual para el desarrollo de personal de salud. Bol. of. sanit. 1986

17. OPS. Salud para todos en el año 2000. Ginebra, 1986

18. OPS-OMS. Salud Pública y Desarrollo en las Américas con participación de la comunidad, publicaciones científicas No. 473. 1984

19. Salud Pública de México. Páginas de Salud Pública. Vol. 40, No. 3, Mayo - Junio, 1998

20. SEGEPLAN. Desarrollo Social y Construcción de la Paz; Plan de acción 1996-2000. Guatemala, noviembre 1996

XIII. ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
UNIDAD DE TESIS - CICS

Responsable: Bachiller: Ever abigail López Escobar.

Evaluación del Componente de Integración Comunitaria al Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS)

INSTRUCCIONES:

Escriba en los espacios correspondientes, indicando los datos que se solicitan:

NOMBRE: **EDAD:**
SEXO: **ESTADO CIVIL:**
COMUNIDAD: **GRADO DE ESCOLARIDAD:**

EL ENTREVISTADO ES:

Facilitador Comunitario ( )
Guardián de Salud ( )
Comadrona Capacitada ( )
Otra Organización ( )

A. PARTICIPACION COMUNITARIA

ETAPA DE PLANIFICACION:

1. ¿Participa usted, en actividades como encuestas y censos en su comunidad, para detectar problemas de salud?
   SI NO
2. ¿Participa usted, discutiendo las acciones de salud, importantes de resolver en su comunidad?
   SI NO
3. ¿Participa usted, discutiendo las actividades de salud en beneficio de su comunidad.
   SI NO
4. ¿Participa usted, promoviendo actividades y acciones de Salud en su comunidad?
   SI NO

ETAPA DE EJECUCION:

5. ¿Realiza usted visitas domiciliarias?
   SI NO

6. ¿Colabora usted en programas de vacunación?

SI NO

7. ¿Participa usted detectando grupos de riesgo, como embarazadas, niños menores de 5 años de edad?

SI NO

8. ¿Participa usted en cursillos de educación en salud?

SI NO

ETAPA DE CONTROL Y EVALUACION:

9. ¿Participa usted en grupos de trabajo, para evaluar acciones de salud realizadas en su comunidad?

SI NO

10. ¿Participa usted permanentemente en reuniones con representantes de la comunidad, para evaluar condiciones de salud, realizadas en su comunidad?

SI NO

11. ¿Participa usted en reuniones de evaluación sobre desarrollo del programa y sus resultados de acción en salud?

SI NO

12. Participa usted en la evaluación del cumplimiento de metas acordadas con los líderes de su comunidad?

SI NO

B. CAPACITACION COMUNITARIA

ETAPA DE INDUCCION:

13. ¿Mencione qué es SIAS?

14. ¿Qué son los servicios básicos de salud en el primer nivel de atención?

15. ¿Quiénes integran el equipo básico de salud comunitaria?

ETAPA DE INTRODUCCION DE ACTIVIDADES:

Si Usted es Facilitador Comunitario, Guardián de Salud, conteste de la pregunta 16 a 18.

16. Explique en pocas palabras que es un croquis:

17. Mencione el esquema de vacunación para un niño recién nacido:

18. Mencione tres características de un niño desidratado y qué tratamiento le recomendaría.

Si usted es Comadrona conteste las preguntas 19, 20 y 21.

19. ¿Qué tipo de métodos anticonceptivos conoce usted?

20. ¿Qué tipo de vacunas recomendaría usted a una mujer embarazada?

21. ¿Cuál es su recomendación para una mujer post-parto?

C. RESPONSABILIDAD COMUNITARIA:

En una escala de 1 a 3, indique con una (X) el grado en que usted está ejecutando las siguientes funciones:

Si usted es Facilitador Comunitario o Guardián de Salud conteste las preguntas 22 a la 26.

22. ¿Participa con el Facilitador Institucional (Comunitario) en la programación de actividades?
    (1) (2) (3)
23. ¿Realiza visita domiciliar cada dos meses?
    (1) (2) (3)
24. ¿Realiza censo para conocer mejor a las familias de su sector?
    (1) (2) (3)
25. ¿Elabora y mantiene actualizado el croquis de su sector?
    (1) (2) (3)
26. ¿Realiza promoción y educación en salud?
    (1) (2) (3)

Si usted es Comadrona conteste las preguntas 27 a la 30.

27. ¿Asiste a capacitación mensualmente?
    (1) (2) (3)
28. ¿Promueve la aplicación del esquema completo de toxoide tetánico en su comunidad?
    (1) (2) (3)
29. ¿Registra la información sobre la atención del parto en la boleta de nacimiento?
    (1) (2) (3)
30. ¿Orienta a las familias de su comunidad sobre espaciamiento de embarazos?
    (1) (2) (3)