



**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud
Escuela de Salud Pública**



*Maestría en Salud Pública por
Encuentros 2000-2002*

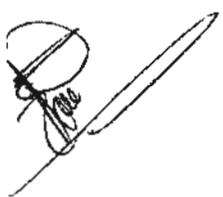


Informe Final de Trabajo de Tesis

***“Sistematización del Modelo de Trabajo Comunitario
Implementado en el SILAIS CARAZO
1998-2001”.***

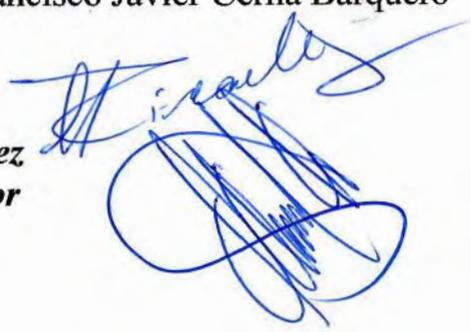
Autores:

**Vilma Patricia Quintana Campbell
Lenys Zeledón Portocarrero
Francisco Javier Cerna Barquero**



Tutor :

**Lic. Manuel Martínez
Docente Investigador
CIES.**



Managua, Nicaragua - Mayo 2003.

DEDICATORIA

Dedicamos, con mucho cariño, esta monografía a todos los actores comunitarios (Brigadistas, promotores, líderes, parteras, col-Vol. y líderes religiosos de las comunidades) los que día a día trabajan por el desarrollo de la salud de sus comunidades, y que a pesar de todas las dificultades económicas, políticas y sociales existente en nuestro nación, siguen demostrando su solidaridad, para los seres humanos de sus comunidades y la búsqueda de un ambiente saludable.

AGRADECIMIENTOS

“Los compromisos con nosotros mismos y con los demás y la integridad con que los mantenemos son la esencia de nuestra proactividad” (Stephen Covey)

Esta sistematización es la obra de muchas personas que aceptaron el cambio de paradigma, pasar del tradicional trabajo de terreno a uno más integral, el trabajo comunitario, por lo que agradecemos las experiencias e inspiraciones que nos brindaron.

Damos las gracias a nuestras familias por respaldarnos en nuestras metas, por la comprensión en la ausencia de nuestros hogares para cumplir nuestras tareas, por su amor, interés y recomendaciones brindadas.

A nuestro tutor, por examinar y proporcionarnos todo su apoyo, tiempo y aliento para culminar este trabajo.

A todos los profesores del CIES, que con su transmisión de conocimientos nos dieron la teoría necesaria para la aplicación práctica y el aterrizaje de lo que es hacer salud pública en nuestro país.

A nuestros compañeros de clases que con sus disertaciones en el aula de clase fueron brindándonos elementos para afianzar más nuestras ideas sobre el trabajo comunitario.

A nuestros compañeros de trabajo, que compartieron nuestra visión llevándolo a la práctica y alentándonos a continuar en nuestra misión.

Un agradecimiento muy especial para aquellos que emprendieron el viaje que todo ser humano debe algún día hacer y que fueron luz de nuestras ideas e ideales.

RESUMEN

La sistematización del Modelo de trabajo comunitario implementado en el SILAIS - Carazo en el período 1998 al 2001 se realizó en los ocho municipios que lo conforman. El punto de partida fue la experiencia de participación y organización comunitaria, cuyo sustrato fundamental ha sido el aporte voluntario de diferentes formas de organización comunal y distintos actores sociales involucrados, según la diversidad socio cultural de cada municipio.

El estudio contempló el rescate de la experiencia de personas que participaron y estuvieron involucrados en el proceso de implementación del Modelo de trabajo comunitario del SILAIS –Carazo, dando sus testimonios e interpretándolos desde su misma experiencia, para lo cual utilizamos diferentes instrumentos metodológicos para obtener la información.

Los ejes sobre los que se basó la sistematización fueron: Entorno en que se desarrollo el trabajo comunitario, componentes del modelo, proceso de desarrollo del modelo y los contenidos programáticos del modelo.

El modelo de trabajo comunitario en el SILAIS – Carazo permitió fortalecer la organización comunitaria, en las comunidades y barrios de los ocho municipios que conforman el departamento, permitiendo la participación y coordinación de los actores institucionales y comunitarios a través de la metodología del aprendizaje mediante la acción , (aprender – haciendo) teniendo cada municipio su propia experiencia en el desarrollo de cada uno de los componentes, siendo la autogestión el que menos desarrollo obtuvo.

Los contenidos programáticos implementados permitieron mejorar la accesibilidad a los servicios de salud, mejorar las coberturas de atención en salud en los programas priorizados y en los grupos en riesgo de las comunidades, mejorar la situación higiénica sanitaria de algunos sectores de mayor conflicto.

Las lecciones aprendidas se describen de acuerdo a los objetivos específicos planteados en esta sistematización, algunas de ellas fueron:

- **En la implementación del modelo:** Antes de la implementación de cualquier estrategia se debe discutir, analizar y reflexionar sobre como realizarlo y el porque del mismo con los trabajadores de salud, partiendo del principio democrático de participación y de esta manera se logra que ellos se sientan parte activa en el logro de lo que nos proponemos hacer.
- **En cuanto a las intervenciones en los componentes:** Al capacitar a los grupos organizados, no se puede hacer con métodos tradicionales, se requiere partir de la práctica, del aprendizaje mediante la acción. Que es a partir del conocimiento que van adquiriendo los actores comunitarios y del análisis del diagnóstico de salud de su comunidad que se logra la participación efectiva de los mismos.
- **En la aplicación de los contenidos programáticos:** El análisis del flujo de atención y los recursos disponibles de los servicios de salud municipal, son

elementos que deben tenerse presente y organizado antes de impulsar el Modelo de trabajo comunitario.

Este modelo de trabajo comunitario permite integrar todos los programas de salud priorizados por el MINSA en la comunidad para lograr accesibilidad, equidad, eficiencia y efectividad en la resolución de los problemas de salud.

Por lo que proponemos tanto al Ministerio de salud como a los SILAIS y Universidades, analizar los resultados de está sistematización y retomarlo como una estrategia para alcanzar mejores condiciones de salud con la participación de la comunidad organizada.

INDICE

	Pagina N°
I. Introducción	1
II. Antecedentes	3
III. Justificación	8
IV. Planteamiento del Problema	9
V. Objetivos	10
VI. Marco de Referencia	11
VII. Diseño Metodológico	29
VIII. Resultados	33
IX. Análisis (lecciones aprendidas)	60
X. Conclusiones	66
XI. Recomendaciones	71
XII. Bibliografía	75
XIII. Anexos	78

a) Resultados de revisión bibliográfica.

b) Instrumentos del sistema de registro y de referencia comunitaria.

c) Resultados de entrevista a grupos focales.

d) Guía de evaluación de trabajo comunitario.

e) Tablas de descriptores y criterios de síntesis.

I. INTRODUCCIÓN

Presentamos en este documento la Sistematización de experiencia del Modelo de Trabajo Comunitario en Salud implementado en el SILAIS – CARAZO en el año 1998 - 2001. El Modelo surgió basado en los antecedentes desarrollados en los procesos de trabajo comunitario iniciado en Nicaragua en la década de los 80, y de manera específica en el municipio de San Marcos, departamento de Carazo en esa misma época.

En el proceso de Sistematización de esta experiencia se incluyó el análisis de los componentes de:

- Participación comunitaria.
- Organización Local.
- Cobertura de los servicios de Salud.
- Autogestión.
- Enseñanza – Aprendizaje.

Estos componentes han sido los pilares fundamentales en la implementación del Modelo hasta la etapa actual. Para la obtención de la información se entrevistaron a informantes claves que participaron del diseño, y que conocían el proceso seguido durante la implementación del Modelo.

La Sistematización abarcó todo el SILAIS – CARAZO en cada uno de los municipios que conforman el departamento, también se tomó en cuenta los contenidos programáticos del modelo: Inmunizaciones, Violencia intrafamiliar, Adolescentes, Salud sexual y reproductiva, Higiene ambiental.

La importancia de este proceso de sistematización de experiencia, es que el Modelo de Trabajo Comunitario en Salud en el SILAIS de CARAZO, representa un elemento esencial en las acciones de prevención de las enfermedades y en la promoción de la participación en salud de la comunidad, en los diferentes municipios de este departamento.

El propósito de la sistematización es el rescate de la experiencia de tal forma que permita darle continuidad al Modelo de trabajo Comunitario en Salud. Las lecciones aprendidas se constituyen en herramientas para el desarrollo de la promoción de salud, la prevención de las enfermedades y la participación comunitaria en el SILAIS – CARAZO, además de poder aportar a otros sistemas de salud locales, un modelo que puede contribuir a mejorar las prácticas sanitarias tanto familiares, comunitarias e institucionales.

II. ANTECEDENTES

El primer diseño del modelo de trabajo comunitario en el SILAIS – Carazo, como se conoce ahora, fue elaborado con la colaboración y apoyo del Proyecto de Cooperación SAREM (Salud reproductiva y empoderamiento de la mujer) de Finlandia. Su origen se remonta a lo que se conoció en Nicaragua como Plan Integral de Atención en Salud (PIAS), en el segundo quinquenio de la década de los ochenta. Era la estrategia organizativa que impulsó el Ministerio de Salud de la época, donde se trabaja con grupos de población con el enfoque de Participación Comunitaria y Promoción de Salud.

A finales de la década de los ochenta se empezó a concebir este modelo en el municipio de San Marcos. Este municipio era dirigido por tres enfermeras: La directora del área de Salud, una jefa de Enfermería del municipio y la Responsable de Vigilancia Epidemiológica.

Primero se analizó la experiencia del PIAS, que era un programa que había dado resultado para alcanzar las coberturas de los programas de Salud y con lo cual se había logrado generar procesos de amplia participación de la comunidad, en los Problemas de Salud de las comunidades, sin embargo esa experiencia no fue sistematizada. También se analizó la monografía "un nuevo modelo de enfermería en Nicaragua, basado en la promoción de salud" como marco teórico para la elaboración de la propuesta.

A partir de este análisis se empieza a trabajar tratando de rescatar la experiencia del PIAS y algunos elementos propuestos, en el modelo de enfermería. Lo primero que se hizo fue reunirse con la comunidad, rescatar la organización existente en las comunidades, sectorizar el municipio, planificar con las comunidades las acciones a realizar e involucrar a todo el personal de salud en estas actividades.

Se organiza la primera comisión Multisectorial del departamento de Carazo, en el cual participaba el Alcalde del municipio y las instituciones gubernamentales y no gubernamentales del municipio, así como las organizaciones comunitarias existentes.

Uno de los factores que hizo posible esta organización fue la aparición del primer caso de cólera en el municipio, la preocupación y el temor por esta enfermedad hizo posible la reorganización de las comunidades y la de las instituciones para combatirla.

Se conceptualiza la Salud como la búsqueda de condiciones y estilos de vida saludables para los individuos y comunidades, se percibe la participación de la comunidad como elemento indispensable para obtener la salud, la salud tiene que ver con todo los factores que intervienen en la vida del ser humano desde que nace hasta que muere.

Este proceso de análisis realizado en el municipio de San Marcos se encuentra registrado en un documento de la OPS llamado "Taller de Promoción de la Salud en los Sistemas Locales de Salud, Centroamérica y República Dominicana, realizado en Tegucigalpa, Honduras en 1994.

En 1991 dos de las enfermeras que impulsaban el Trabajo Comunitario en San Marcos fueron trasladadas a otras áreas del Ministerio de Salud de Carazo, quedando de directora municipal la Responsable de Vigilancia Epidemiológica.

La directora municipal de San Marcos pasa a fungir como Directora de los Servicios de Enfermería del SILAIS – CARAZO en donde se planteó impulsar el Modelo de Trabajo Comunitario en todo el Departamento, como una estrategia para alcanzar mayores coberturas en los programas de salud.

Una de las limitantes para su implementación era la falta de presupuesto, ya que el Ministerio de Salud no disponía de ningún rubro que cubriera esta estrategia, además que los directores municipales y el mismo personal lo veían en un inicio como una carga más de trabajo, por lo que la tarea no fue fácil. Hubo que empezar un proceso de sensibilización con todos los involucrados, municipio por municipio explicando las ventajas de trabajar con este modelo, logrando la aceptación para su implementación en el 100% de los municipios.

En 1994 la Comunidad Económica Europea a través del Proyecto de Salud Materno Infantil (PSMI) se interesó en el Modelo de Trabajo Comunitario de Carazo, ofertando financiamiento para la implementación de la estrategia, lográndose consolidar la organización, sectorización y vigilancia comunitaria.

En ese mismo año, con aportes del Proyecto Hope, se desarrollan acciones de participación comunitaria en los programas de salud en los municipios de Diriamba, El Rosario, La

Conquista y la Paz, la estrategia utilizada era la del modelo de trabajo comunitario y se centraron en la capacitación a los actores sociales y comunitarios.

En 1998 con apoyo del Proyecto SAREM se retoma la estrategia de Trabajo Comunitario para impulsar acciones de Salud Reproductiva, el Trabajo con Adolescentes y la Prevención de la Violencia Intrafamiliar, otorga financiamiento a diferentes municipios para el desarrollo y consolidación del Modelo de Trabajo Comunitario y por primera vez se elabora el documento "Guía del Modelo de Trabajo Comunitario" el cual se llamó " Plan Operativo para el Desarrollo del Trabajo Comunitario en el SILAIS – CARAZO", fue dado a conocer a todos los trabajadores de salud, actores sociales y comunitarios de los diferentes municipios.

Momentos de implementación del modelo de trabajo comunitario.

Se contemplan cuatro momentos:

- ☉ Conocimiento y sensibilización a los territorios en relación al Trabajo Comunitario.
- ☉ Organización del Trabajo Comunitario
- ☉ Realización del Diagnóstico Comunitario
- ☉ Elaboración del Plan Estratégico.

El primer momento estaba encaminado a lograr el cambio de paradigma entre lo que es realizar Trabajo de Terreno, y lo que es hacer un verdadero Trabajo Comunitario.

Este es el momento más difícil, ya que de él depende poder llegar a implementar con éxito el modelo. El Trabajo de Terreno se había convertido en una rutina de salidas para actividades puntuales en el territorio y para tener derecho al incentivo del 20%.

El Trabajo Comunitario es más que lo anterior, se trata de realizar una verdadera Promoción de Salud, logrando la participación organizada de los individuos de la comunidad en la salud de las personas, familias y comunidades.

Los Objetivos del Modelo de Trabajo Comunitario formulados en el documento del SILAIS - CARAZO eran los siguientes:

★ Como Objetivo General:

Fortalecer la organización comunitaria en las comunidades y barrios de los diferentes Municipios del SILAIS – CARAZO, como una estrategia que permita la cooperación entre actores institucionales y de la sociedad civil, acercándolos para alcanzar mayores coberturas

de atención de salud priorizando los grupos de riesgo y buscando el desarrollo humano sostenible de las comunidades.

✳ Los Objetivos específicos se orientaron a:

1. Fortalecer la Organización Comunitaria de los municipios de Carazo, con el fin de lograr la integración de la sociedad civil, como sujetos activos en el desarrollo de la salud de las personas, familias y comunidades.
2. Capacitar a trabajadores de salud y líderes comunitarios con el fin de lograr una mejor atención y participación de la sociedad civil en los asuntos de salud.
3. Impulsar acciones de promoción, sensibilización, detección y atención en las comunidades y barrios, por los Grupos Organizados y Personal de Salud en relación a Salud Reproductiva, Adolescentes y Violencia Intrafamiliar.
4. Mejorar el Sistema de registro y vigilancia comunitaria en los municipios del SILAIS – Carazo, para la detección oportuna de los casos y los factores de riesgo en las comunidades y barrios.

Los Componentes en que se basó el Modelo de Trabajo Comunitario son los siguientes:

- ▶ La participación comunitaria.
- ▶ La organización local.
- ▶ La autogestión
- ▶ El proceso enseñanza – aprendizaje que parte del análisis y transformaciones permanentes de la comunidad (Aprender – haciendo)

Estos pilares se convierten en los componentes del modelo, cada municipio tiene su propia experiencia en el desarrollo de estos componentes, siendo la autogestión el que menos desarrollo ha tenido en todos ellos.

Las acciones planteadas para el desarrollo del modelo buscaba:

- Mejorar la accesibilidad a los servicios de salud

- Fortalecer la capacidad organizativa de las comunidades
- Fortalecer las relaciones institucionales (creación de las multisectoriales)
- Promover la sostenibilidad y autogestión de las comunidades.
- Mejorar las técnicas y conocimientos para la resolución de problemas de salud.

Ningún modelo nace de la nada, siempre está basado en las teorías y experiencias anteriores, es por ello que este modelo tiene como referencia la carta de Ottawa y se basa en las teorías del auto cuidado y teorías de la Medicina Social, Educación de Adulto y de las diferentes Ciencias Sociales.

III. JUSTIFICACIÓN

En Nicaragua se han desarrollado diferentes estrategias de participación social que han dejado un sin número de lecciones, que de haberse retomado y puesto en práctica hoy tendríamos un Sistema de Salud con participación de la sociedad civil en todos los niveles de atención, para la búsqueda continua de la salud de los individuos, familia y comunidades.

Sería un Sistema de Salud reforzado con alianzas estratégicas y sistemas de información directas con la comunidad, pero estas experiencias no fueron sistematizadas, y cada nuevo dirigente impuso su forma y estilo de relación con la sociedad civil.

IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

De acuerdo con los aspectos anteriormente planteados se formuló la siguiente pregunta:

¿Cuáles han sido las experiencias acumuladas sobre el Modelo de Trabajo Comunitario en el SILAIS –CARAZO en el período 1998-2001?

Preguntas específicas del estudio.

Las preguntas específicas del estudio son las siguientes:

- ❖ ¿Cómo ha sido el proceso de organización del trabajo comunitario en el contexto del periodo de estudio y los diferentes componentes del modelo?
- ❖ ¿Cómo fue el proceso seguido para el diagnóstico comunitario y los diferentes momentos en la implementación del modelo?
- ❖ ¿Cuáles han sido los avances para el diseño de un plan estratégico y la implementación del contenido programático?
- ❖ ¿Cómo se dio la participación de la comunidad en la implementación del Modelo de Trabajo Comunitario, y su influencia en los resultados obtenidos?

V. OBJETIVOS.

5.1 GENERAL:

Rescatar la experiencia desarrollada con la implementación del modelo de trabajo comunitario en el SILAIS–Carazo, durante los años 1998 al 2000.

5.2 ESPECIFICOS:

5.2.1 Sistematizar la experiencia de trabajo comunitario en salud, teniendo en cuenta los elementos del contexto y el desarrollo de los componentes del modelo: participación comunitaria, organización local, La autogestión y la enseñanza aprendizaje.

5.2.2. Analizar el grado de desarrollo alcanzado de los contenidos programáticos del modelo: Salud sexual y reproductiva, Adolescente, violencia intrafamiliar, inmunizaciones e higiene ambiental.

5.2.3. Caracterizar el proceso de desarrollo del modelo e identificar los resultados obtenidos como lecciones aprendidas.

5.2.4. Contribuir a facilitar la continuidad del proceso del Modelo de Trabajo Comunitario en salud.

VI.- MARCO DE REFERENCIA

6.1. Aspectos introductorios:

Partiendo de las aproximaciones teóricas recientes del concepto de salud donde se reconoce que la salud es un concepto relativo, ligado a múltiples factores podemos asegurar que la salud comunitaria es una tarea difícil de abordar cuando no se cuenta con la participación de los miembros de la comunidad.

El Ministerio de salud en su cuarta política nuevas estrategias en salud pública mandata “Ampliar la estrategia hacia un modelo de atención Integral que permita desarrollar ampliamente acciones de promoción y prevención...” también nos dice: “...**gran énfasis en el trabajo comunitario.**” (2)

Concebimos la salud integral como valor y producto social. Permite un abordaje e intervención donde la integración potencial de los miembros de una comunidad nos acercan con mayor eficiencia a las realidades y de esta forma intervenir a favor de la salud

.Estudios sobre el tema nos dicen: “La participación de la comunidad es un elemento activo de la salud, es un factor vigorizante que contribuye a garantizar el éxito de los programas sanitarios”(3)

Por lo que podemos afirmar que la verdadera salud integral se da cuando el individuo participa de forma organizada en todo el proceso de la búsqueda de comunidades saludables, hogares saludables, ambientes saludables, para tener Seres Humanos saludables.

6.2.- Conceptos básicos.

Todo lo anterior se resume en lo que se ha denominado participación comunitaria, salud comunitaria los cuales el modelo de trabajo comunitario lo define como:

Salud comunitaria: Conjunto de acciones planificadas con base al análisis situacional de la comunidad donde los miembros de la comunidad organizadamente participan en todo el proceso, con los trabajadores de salud en la búsqueda de obtener comunidades sanas, e individuos sanos.

Participación comunitaria: Es un medio para ir desarrollando nuevas capacidades que permitan a las comunidades el ejercicio de prácticas democráticas transformadoras.

Al unir estos dos conceptos tenemos los elementos esenciales que sustentan el modelo de trabajo comunitario del SILAIS- CARAZO Por lo que **el trabajo comunitario** supone el desarrollo comunitario que promueve el fortalecimiento organizativo de todos los pobladores de los barrios y comarcas para enfrentar los problemas que tienen como comunidad, cambiando la concepción de los trabajadores de salud quienes lo habían desvirtuado con los incentivos que el Ministerio les proporciona por salidas al terreno y que este Ministerio denominó trabajo de terreno.

Trabajo de terreno: se define como al menos cuatro salidas al terreno del trabajador de la salud para tener derecho al 20% del salario como incentivo. (4)

Estas salidas tenían como objetivo lograr las coberturas de los diferentes programas a través de las acciones que realizaba el personal de salud con o sin la participación de la población organizada. La participación de la población en salud según el Lic. Manuel Martínez. (5) "ha sido Históricamente percibida y promovida en función de intencionalidades concretas", continúa diciendo: de alguna manera siempre ha sido restringida o limitada a:

- La utilización de los servicios institucionales de salud
- La colaboración en acciones puntuales derivadas de iniciativas surgidas desde los mismos servicios.
- Como un mecanismo útil para disminuir costos, descargando en la población responsabilidades del Estado.

Estas tres formas de concebir la participación comunitaria han estado presente en el trabajo que realiza el MINSA con las comunidades y aún cuando en las políticas de salud se habla del trabajo comunitario no lo definen claramente dejando entrever la tercera percepción de las que ya enumeramos anteriormente al afirmar: " Se debe promover y facilitar las condiciones para que la sociedad civil se organice en grupos de apoyo a los pacientes con enfermedades crónicas cuyas funciones serían entre otras: conseguir alternativas de financiamiento... "

En el texto "Aprendiendo a promover la salud" de David Werner y Bill Bower encontramos que las experiencias en salud comunitaria que han tenido éxito tienen las siguientes características:

- 1) Orígenes modestos y locales y una lenta expansión descentralizada.
- 2) Participación de la gente local – especialmente de la gente pobre– en cada fase del programa
- 3) Un enfoque que considera la planificación como un proceso de aprendizaje.
- 4) Líderes cuya primera responsabilidad es hacia su comunidad.
- 5) Aceptan la idea de que la buena salud se puede lograr sólo ayudando a la gente a mejorar la situación social y económica en que viven.

El modelo de Trabajo Comunitario tiene todas estas características pero además parte del concepto de enseñanza - aprendizaje concordando con Peter Senge en la danza del cambio cuando nos dice: " Cada nueva Historia de aprendizaje produce sus propios temas, sus propios argumentos de la dinámica de la organización" o sea que nuestro modelo puede tener mucho en común con otros modelos pero su historia nos enseña nuevas formas de trabajar con las comunidades desde ellas y para ellas, cada comunidad es un reto un nuevo aprendizaje en su organización, en su estructura, en sus iniciativas para enfrentar los mismos problemas, para gestionar el cambio.

El trabajador/a de salud comunitario no tiene una receta que dar, en conjunto con los líderes comunitarios aprende a enfrentar los retos de cada día, las herramientas que posee le sirven para organizar la infraestructura de aprendizaje organizacional en el área donde se le asigne trabajar.

El trabajador/ra de salud comunitaria realiza con los líderes comunitarios el diagnóstico de salud de la comunidad donde va a empezar a laborar, lo discute con ellos y realiza el plan estratégico de la comunidad con acciones a corto, mediano y largo plazo, donde cada miembro de la organización tiene tareas asignada para el desarrollo integral de la comunidad.

Desarrollo integral significa ver al individuo en el continuum del desarrollo humano.

El desarrollo humano lo definimos en el modelo de trabajo comunitario como desarrollo armónico entre los seres humanos y el medio ambiente, considerando este último en su

concepto amplió: Todo lo que tenga influencia en el desarrollo de la vida del ser humano sea para bien o para mal.

“Manfred Max – Neef desarrolla en sus obras un modelo alternativo de desarrollo sustentado en tres postulados básicos:

1. El desarrollo es mucho más que acumulación de capital.
2. El desarrollo se refiere a las personas y no a los objetos
3. El mejor desarrollo es aquel que permite el logro (satisfacción) de las necesidades de las personas” (6)

Los postulados anteriores demuestran que una estrategia integral debe llevar implícita el desarrollo de los seres humanos por los cuales trabajamos, es por ello que el trabajador por la salud al realizar el trabajo comunitario no puede tomar en cuenta solo el alcanzar las coberturas de los programas de salud sino que debe estimular a los individuos de la comunidad a organizarse para en conjunto realizar los análisis de situación de la comunidad, analizar los problemas, priorizar, planificar, gestionar, ejecutar y evaluar los logros y de esta manera contribuir y servir de facilitadores para convertir los territorios donde trabaja en comunidades saludables

El modelo de trabajo comunitario del SILAIS – CARAZO deja claro lo que es la estrategia de trabajo comunitario para la atención integral a través de la promoción de salud.

Promoción de salud: La Carta de Ottawa firmada en 1986 plantea que la promoción de salud consiste en “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma” dice que para ello es indispensable: “La paz, la educación, la vivienda, la alimentación, el ingreso, un ecosistema estable, la conservación de los recursos, la justicia social y la equidad”. (7)

El modelo de trabajo comunitario deja claro que la promoción de la salud no es un asunto solo del Ministerio de salud sino de todas las instituciones del Estado, la sociedad civil y las organizaciones comunitarias que organizadamente planifican y logran el desarrollo saludable de las comunidades, se basa en las premisas siguientes:

- Sólo organizados se logra una gestión organizada del desarrollo de las comunidades y de los individuos para la armonía entre estos últimos y el medio ambiente.
- La solidaridad entre individuos no niega las responsabilidades del Estado en garantizar la salud de los individuos.

- La salud de los individuos tiene que ver con todos aquellos sucesos que alteran el equilibrio del sistema interno de las personas sobre todo cuando no le permiten una adecuada adaptación al medio.

6.3.- Contexto y desarrollo del modelo de Trabajo Comunitario.

El documento Política Nacional de Salud 1997 – 2002 se publicó por el Ministerio de salud en 1997 a pocos meses de haber recibido el gobierno la alianza Liberal empezándose así un nuevo período en la historia Nicaragüense el cual estaba caracterizado por los siguientes indicadores económicos: Una tasa de crecimiento de 4.8 por ciento promedio anual del producto interno bruto Real lo cual implica un crecimiento per cápita del 1.9 por ciento.

Este crecimiento económico no favoreció a los más pobres ya que solo el 32.5 por ciento del ingreso generado en 1998 correspondió al 80 por ciento de los hogares Nicaragüenses y con los programas de ajustes estructurales no se abordó el tema de la equidad en la distribución del ingreso.

En cuanto a los indicadores demográficos La población total del país alcanzó el nivel de 4,935.6 Habitantes reflejando una tasa de crecimiento promedio anual en el último quinquenio de 2.76 por ciento que es una de las más altas tasas en el continente americano, con una densidad poblacional de 41.2 habitantes por Km cuadrados, con una población muy joven el 43.1 por ciento es menor de 15 años.

Si tomamos en cuenta estos dos indicadores analizados tendremos la combinación perfecta para analizar el porqué de los resultados de los principales indicadores de salud: Mortalidad general: 6.6 por mil habitantes. Esperanza de vida: 66.2 años.

Mortalidad infantil: 53.0 por mil nacidos. En el ámbito de Centro América la tasa de mortalidad infantil en Nicaragua es la más alta.

El perfil de las enfermedades en Nicaragua está caracterizado por la combinación de las enfermedades propias del subdesarrollo así como las enfermedades características de una urbanización acelerada.

Dentro de los principales problemas de salud que describen las políticas de salud encontramos Crecimiento inorgánico de unidades, Falta de normativas técnico

administrativo, Demanda insatisfecha de algunos servicios. Y dentro de sus prioridades refleja: Mejorar la organización y la gestión, definir y brindar un paquete básico de servicios esenciales, prioridad a los territorios y grupos de riesgo.

Tanto a los problemas como a las prioridades propuesta en la cuarta política da salida a través de las nuevas estrategias de salud que en su contenido enmarca tres grandes acciones a llevarse a cabo:

- Redefinición del modelo de atención en salud.
- Fortalecimiento de la capacidad de resolución del primer nivel de atención
- Entrega de un paquete básico a la población.

En el fortalecimiento de la capacidad de resolución del primer nivel de solución es donde encontramos el lineamiento para aplicar la estrategia de trabajo comunitario en el primer nivel de atención el cual dice: " Los Puestos de Salud que son la puerta de entrada al sistema deben ser reorganizados de tal manera que puedan ofertar su atención permanente y con calidad, con gran énfasis en el Trabajo Comunitario" más adelante nos marca la pauta del que hacer en la comunidad: " Se debe promover y facilitar las condiciones para que la sociedad civil se organice en grupos de apoyo a los pacientes. estimular el auto cuidado.....

Al revisar los diferentes documentos que sobre trabajo comunitario se han emitido en el Ministerio de salud nos encontramos con los siguientes:

- ❏ Normas de trabajo comunitario. Diciembre de 1997. Documento que fue discutido con los diferentes SILAIS pero que nunca se publicó o por lo menos no fue enviado a los SILAIS. En el encontramos una propuesta de resolución ministerial que ni número tenía y que tampoco se hizo efectiva, en ella se hablaba de normar el trabajo comunitario realizado por el Ministerio de Salud con la participación activa de la comunidad con el objeto de unificar los procesos que realiza el personal de salud en los trabajos comunitarios. Esto fue un buen intento pero no prosperó ya que no fue prioridad para los dirigentes de salud de esa época quien continuaban viendo los problemas de salud desde la óptica biologicista y aún cuando en las políticas se contempla como una estrategia para lograr resolver problemas de salud no hubo voluntad política para llevarlo a cabo.

- ❏ Manual para la promoción y desarrollo de las casas bases .Este documento es anterior a las políticas de salud fue editada en 1995 y fue contemplado como una estrategia para profundizar el proceso de democratización de la gestión en salud en todo el país, se establece en este documento que el fortalecimiento de las casas bases eran una prioridad para el Ministerio de salud para promover la participación de la comunidad organizada y de está manera mejorar la calidad de la atención y elevar los niveles de salud del pueblo nicaragüense.

- ❏ Manual para promotores de Salud. 2000. Atención integral a la niñez en la comunidad (AINC) donde se pretende fortalecer la capacidad de resolución de en el primer nivel de atención y mejorar la calidad de los servicios a la población menor de cinco años de edad. En el se habla del personal comunitario el cual definen como líderes que tienen mucha influencia en las pautas de crianza en las familias donde habitan y juegan su rol entre los servicios de salud y la comunidad beneficiaria. Pareciese ser que es un nuevo personal de salud que va a contratar el Ministerio de salud a los cuales llamará promotores de salud lo cual se confundiría con todo el sistema de voluntariedad y solidaridad con que trabajan los agentes comunitarios tradicionales el documento no es muy claro y al aplicarse demanda tiempo considerable al agente comunitario para ejecutarlo.

En todos estos documentos encontramos un factor común todos son elaborados por diferentes programas del ministerio como una estrategia para alcanzar sus objetivos a excepción del primer documento que pretendió la integralidad de la estrategia abarcando todos los programas del Ministerio de salud lo cual podría llegar a constituirse en una estrategia estratégica (Valga la redundancia) y por tanto un poder al cual no estaban dispuestos las direcciones generales a darle paso.

Como vemos el contexto hace resaltar la necesidad de la participación comunitaria en el cuidado de la salud, las políticas lo reconocen, los diferentes programas y direcciones del nivel nacional de salud lo reconocen, la pregunta obligada es ¿ por que el Ministerio de salud no ha normado y procurado un seguimiento y monitoreo de esta estrategia? ¿ será que existe temor de la participación comunitaria en los cuidados de salud? ¿ o somos los mismos profesionales de salud los que no queremos empoderar a la comunidad para la

búsqueda de soluciones a los problemas de salud? ¿ o no tenemos la formación necesaria para trabajar con la comunidad?.

Todas estas preguntas tienen su respuesta en la formación que se le da al profesional de salud, donde no se les educa para trabajar con la participación de la comunidad por lo tanto lo que existe es el temor de no saber como abordarlos.

En el modelo de trabajo comunitario implementado en el SILAIS _CARAZO una de las dificultades para su implementación fue lo anteriormente apuntado por lo que se tuvo que empezar por capacitar a los trabajadores de salud en temas relacionados con la participación comunitaria, lo cual no fue tan fácil ya que también juega su papel el paradigma tradicional usuario – trabajador de la salud en las clínicas y no el trabajo de campo donde se da la relación es horizontal y el trabajador de salud es un facilitador del proceso de salud en la comunidad.

6.4.- Componentes del Modelo de Trabajo comunitario.

En el SILAIS – CARAZO se retoma la cuarta política de salud y se elabora un modelo de trabajo comunitario que se implementaría en los ocho municipios de este SILAIS tomando en cuenta a los diferentes programas y direcciones para que el modelo fuera integral y la estrategia para todos.

El modelo se sustenta en cinco pilares fundamentales: La participación comunitaria, la organización local, cobertura de los servicios de salud, autogestión, enseñanza – aprendizaje. Las acciones deben: buscar la accesibilidad, fortalecer la capacidad de organización, fortalecer la relación interinstitucional, buscar la autosostenibilidad a través de la autogestión. Manejar conocimientos y técnicas apropiadas para la resolución de los problemas.

6.4.1 La participación comunitaria: se define como un medio para ir desarrollando nuevas capacidades que permitan a las comunidades el ejercicio de prácticas democráticas transformadoras cuyas acciones se visualizan y practican como un proceso permanente de

enseñanza – aprendizaje, en el cual cada experiencia enriquece la planificación y ejecución continua de tareas encaminadas a la búsqueda del bienestar de la población.

En esta área el modelo contempla la utilización de cuatro técnicas para lograr la participación de la comunidad en las acciones de salud: Educación Sanitaria, Comunicación social, Organización comunitaria, Acción política y Marketing social.

Educación Sanitaria: Se utiliza en el modelo una combinación de actividades de aprendizaje planificadas para lograr el cambio de comportamiento de riesgos para la salud en la población objetivo, las actividades se programan para proveer conocimientos partiendo del conocimiento previo que estos actores tienen sobre el tema a tratar, las condiciones del territorio, promoviendo acciones y valores favorables para el cambio, para lograrlo se aplica primero esta metodología con los trabajadores de salud con el objeto que tengan dominio del mismo y puedan ser facilitadores del proceso en la comunidad.

Comunicación social: En el modelo se contempla como el proceso de sensibilización, motivación o el crear opinión pública en torno a los problemas de salud de la comunidad que se está abordando para ello utilizamos los medios existentes en la comunidad, Radio, perifoneo, información a través de los líderes comunitarios, jefes de familia, asambleas de barrios, charlas, pancartas y reuniones.

6.4.2 Organización comunitaria: Se parte de la organización existente en la comunidad, introduciendo los elementos para la coordinación entre las entidades gubernamentales, no gubernamentales y los líderes de la comunidad para la búsqueda de alternativas viables para solucionar los problemas de salud de la comunidad, convirtiéndose el trabajador de la salud responsable de esa localidad en un facilitador del proceso.

Acción política: Tiene que ver con el fortalecimiento de las habilidades de los líderes comunales para influenciar en los tomadores de decisiones locales para lograr el desarrollo de sus territorios y mejorar la salud de sus pobladores a través de la gestión de proyectos.

Marketing social: El modelo de trabajo comunitario pone acento en el primer nivel de atención, no porqué se trata de intervenciones a bajo costo, sino con miras a lograr la integralidad de la atención en este nivel ya que es donde se da el primer contacto entre la comunidad y los servicios de salud, por ello a través de la comunicación social se llevan los mensajes a la población con la finalidad de ofertar los productos y servicios de salud que la unidad de salud tiene a su disposición así como lo que ellos organizadamente pueden lograr.

6.4.3 Organización local : Nuestro modelo da repuesta a la segunda acción Fortalecimiento de la capacidad de resolución del primer nivel de atención en que se enmarca la cuarta política, donde el primer paso en el modelo de Trabajo Comunitario es la organización de los servicios de salud municipal para dar repuesta a los problemas de salud de los diferentes barrios y comunidades que atiende, partiendo de:

- El análisis del flujo de atención y los recursos disponibles de los servicios de salud del municipio.
- La sectorización del territorio
- La asignación de Recursos Humanos de salud para atender los diferentes sectores
- El Diagnóstico comunitario
- La Conformación del comité multisectorial. (Participación de las instituciones gubernamentales existentes en el municipio, organizaciones no gubernamentales y líderes de los comités de salud de las comunidades y barrios)

El segundo paso es la organización comunitaria que tiene como principio el fortalecimiento de las formas de organización existentes en la comunidad, estableciendo mecanismos de coordinación y de referencias:

- La Casa Base se establece en el modelo como el punto de referencia de la comunidad donde confluyen todos los agentes comunitarios para la búsqueda del desarrollo de sus comunidades así como para la vigilancia comunitaria de la salud de sus pobladores.
- Comités de Salud: son los líderes electos por la comunidad que dirigen y organizan las acciones encaminadas a la búsqueda de la salud en sus comunidades en

coordinación con todos los agentes comunitarios de salud existentes en su comunidad o barrio y el trabajador de salud comunitario.

En este modelo el trabajador de salud comunitario es un personal contratado por el ministerio y que recibe un salario, en la actualidad en el SILAIS – CARAZO las enfermeras son las que realizan esta labor sirviendo de facilitadoras entre las necesidades de la comunidad y la disponibilidad de los servicios de salud existente en el territorio.

El tercer paso consiste en la planificación estratégica de salud en la comunidad donde a partir del diagnóstico comunitario, el trabajador comunitario y comité de salud realizan el análisis de los problemas, la definición de prioridades y las acciones a realizar, estableciendo los límites de resolución: ¿Qué puede hacer la comunidad? ¿ que gestionar? ¿Dónde gestionar? ¿ quién gestiona? De esta manera estaría dando respuesta a la auto- gestión con la elaboración de proyectos y la gestión de los mismos.

6.4.4 Cobertura de los servicios: El personal de trabajo comunitario en conjunto con los agentes comunitarios realizan la captación de usuarios a los diferentes programas y a través de la vigilancia comunitaria se garantiza la detección oportuna de las diferentes patologías sujetas a vigilancia epidemiológica y se establece el sistema de referencia comunitaria.

El modelo ha permitido alcanzar las metas de los programas en cuanto a captación y cobertura sobre todo en lo referente a controles prenatales, puerperio, inmunizaciones, Atención integral al niño, medio ambiente y atención a crónicos.

Esto es debido a la participación de los actores comunitarios ya que en la medida que ellos participan desde el diagnóstico hasta la evaluación de las acciones las metas se vuelven más pertinentes y en consecuencia logramos aumentar la viabilidad e impacto de las acciones que nos proponemos.

Su participación permite dar respuesta a algunas de las necesidades de las comunidades ya que el proceso se apoya en la experiencia de los agentes comunitarios y les permite obtener capacidades para formular propuestas viables para la solución de sus problemas de salud en la comunidad, así como capacidades de negociación con otros actores.

6.4.5 Enseñanza - aprendizaje: Está es la metodología que propone el modelo de trabajo comunitario para el aprendizaje desde referentes culturales diversos, donde la comunidad actúa como protagonista principal de la educación con una actitud permanente de construcción de significados que toma como referentes las realidades donde viven y luego se materializa en su plan de desarrollo comunitario, reconociendo las potencialidades y las propias condiciones individuales sobre las que se fundamenta el principio ético de esta propuesta. De esta manera se está inmerso en el proceso de democratización de la gestión de salud y creando una cultura ciudadana hacia la salud.

Para realizar este proceso utilizamos metodologías participativas que es la utilizada para impartir, compartir, enseñar o transmitir conocimientos y está dada por: la intención que tiene la tarea, la personalidad del facilitador, actitudes y aptitudes, las características del grupo, elementos que no eran del dominio de nuestros trabajadores de salud y por lo tanto tuvimos que empezar por el proceso del aprender haciendo con ellos antes de iniciar el trabajo con la comunidad.

En este aprendizaje nos encontramos con variables que tuvimos que tomar en cuenta para lograr cambios de actitudes tales como:

- Crisis familiares.
- Roles y participación de los facilitadores en las actividades educativas.
- Motivación intrínseca de las personas o grupos con las cuales estábamos trabajando.
- Autoestima y sentimientos de competencia: Los míos y los de la comunidad.
- Expectativas respecto a las propias capacidades: a veces muy altas las cuales tenían posteriormente consecuencias de frustración.
- Valores atribuidos a la propia educación

En este proceso de aprender haciendo el facilitador debe convertirse en modelo, porque está demostrado que no se aprende nada de la persona que no se admira o respeta, si la comunidad no te respeta no hay forma de lograr una verdadera comunicación y por ende no se logra los cambios propuestos.

El facilitador en este modelo debe estar dispuesto a perder:

- Centralidad.
- Poder
- Rol de experto
- Saber cuales son sus valores y cuales los de la comunidad

Estos requisitos son los que nos permiten realmente entrar en la comunidad y realizar un trabajo con verdadera participación comunitario, tarea que no es fácil ya que nuestros paradigmas no permiten una relación horizontal con la comunidad siempre se está pensando que no conocen mucho de salud y que los expertos somos nosotros lo cual nos sitúa por encima de ellos convirtiéndonos en dictadores de tareas y no en hacedores de los mismos.

Esta Brecha es uno de los obstáculos mayores para lograr una participación real de los actores comunitarios ya que al trabajador de salud no se le forma dentro de este nuevo paradigma por lo que es necesario introducirlo dentro del currículum. Lo anterior tiene que ver con la propuesta para operacionalizar la estrategia de trabajo comunitario par fortalecer la capacidad de resolución del primer nivel de atención "lo ideal" pero para la implementación hay que tomar en cuenta un sin número de factores que influyen para lograrlo:

- Preparación del personal de salud para organizar y relacionarse con la comunidad.
- Capacidad de gestión de los dirigentes de salud y de los líderes comunales.
- Voluntad política del dirigente de salud tanto del SILAIS como del Municipio de implementar el modelo.
- Capacidad de dar repuesta a los horarios en que la comunidad puede reunirse y trabajar en conjunto con el trabajador de salud comunitario.
- Capacidad presupuestaria para cubrir los gastos mínimos de operación para la atención a la comunidad tomando en cuenta el costo – beneficio.

- Disposición de empoderar a la comunidad para hacer su participación activa y no instrumentalizada.
- Niveles de organización de las diferentes comunidades y barrios.
- Influencias de los partidos en las organizaciones comunitarias llegando en algunas comunidades a dividirlos.
- Problemas vecinales en las comunidades.

A pesar de todas estas limitaciones hemos aprendido en la implementación del modelo que la participación de la comunidad de forma organizada y empoderada:

- Ha aumentado las coberturas de los servicios de salud.
- Hace que los servicios sean más accesibles a la comunidad.
- Ha permitido la autogestión de proyectos no solo de salud sino de desarrollo de la comunidad y de recreación para su población.
- Permite que estén preparados para vigilar los principales problemas de salud que pueden convertirse en un problema colectivo de grandes alcances y tener claro donde referirlos en caso de emergencia o para una mejor resolución de su problema.

Al servicio de salud municipal le ha permitido:

- Tener mejor organizado sus servicios para poder dar respuesta a la demanda de la comunidad.
- Realizar análisis en conjunto con la comunidad de los principales problemas de salud y buscar soluciones conjuntas.
- Implementar un sistema de registro y referencia y contrarreferencia comunitaria.
- Tener claro que es lo que puede ofertar de acuerdo a lo que tiene (paquetes Básicos)
- Obliga al personal a estar más capacitado para dar mejor respuesta.

6.5.- CONTENIDOS PROGRAMATICOS DEL MODELO

6.5.1.- Salud Sexual Y Reproductiva.

Este es un componente fundamental dentro del modelo de trabajo comunitario, ya que aborda todos los temas relacionados con: control prenatal, puerperio, planificación familiar, infertilidad, atención de infecciones de transmisión sexual (manejo sintomático de las ITS) género y violencia intrafamiliar, abordaje de la mujer de la tercera edad (climaterio, menopausia), detección del cáncer cérvico uterino y de mamas.

La concepción de salud sexual y reproductiva ha evolucionado ya que se aborda de una manera integral a la mujer, no solamente en el período reproductivo sino en todo su ciclo vital

En el modelo de trabajo comunitario se ha logrado conformar grupos de mujeres que abordan diferentes temas de temas de salud sexual y reproductiva dirigido a adolescentes, mujeres en edad fértil y grupos de autoayuda a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar.

También se aborda el tema de salud reproductiva con los hombres de la comunidad conformando grupos de apoyo: masculinidad, paternidad responsable y lucha contra la violencia intrafamiliar.

Estos grupos han sido de gran ayuda para lograr nuevos conocimientos para cambios de actitudes futuros y permite el involucramiento y concientización de la participación de estos actores en la salud de la población.

6.5.2. –Adolescencia:

Este componente es relativamente nuevo debido que anteriormente se atendía como adulto menor y a pesar de ser un grupo vulnerable no era priorizado sin embargo por ser una población expuesta a riesgos como: alcoholismo, droga, infecciones de transmisión sexual, embarazos que pueden llevar a las muertes maternas y perinatales fue incluido entre las acciones del modelo de trabajo comunitario.

La falta de experiencia del personal de salud en este campo obligo a buscar conocimientos a través de los organismos con experiencia en este campo lográndose capacitar en: Curso básico de Atención al Adolescente y Técnicas de teatro, títeres, las cuales nos han permitido realizar con este grupo acciones de comunicación social en las diferentes comunidades así como el trabajo joven a joven en la capacitación sobre salud sexual y reproductiva, violencia intrafamiliar e Infecciones de transmisión sexual.

Con los clubes de adolescentes se ha logrado realizar microproyectos que ayudan a los adolescentes a superarse entre los que tenemos: microempresas de piñatas, corte y confección así como recreativas: gimnasio, pintura, Danza, Canto y equipos para deportes.

Todo esto ha sido gestionado por los mismos adolescentes donde el o la trabajadora de salud es solo un facilitador en la elaboración de sus microproyectos.

Este trabajo con adolescente ha permitido a los trabajadores de salud la motivación para profesionalizarse en la búsqueda de nuevos conocimientos para aportar al desarrollo de estos grupos y a la vez ayudar a sus propias familias.

A través de esta experiencia los jóvenes logran gestionar becas para completar sus proyectos de vida obteniendo becas en enfermería, técnicas quirúrgicas, operadores de computadora y ciencias de la comunicación.

6.5.3. Higiene Ambiental:

Este Componente se trabaja de forma coordinada con los comités de salud, brigadistas, casas Bases, parteras, adolescentes, brigadas ecológicas, club de amas de casa y multisectoriales en jornadas de limpieza, abatización, actividades de promoción y educación a las comunidades y el hogar, higiene escolar etc. Se realizan proyectos encaminados a la letrificación, construcción de pozos, mejoramiento de caminos, alumbrado eléctrico, agua potable, viviendas etc. En este componente es donde más se necesita la educación en salud y comunicación social para lograr cambios de actitudes en relación a los hábitos higiénicos sanitarios de la población.

6.5.4.- Inmunizaciones:

Una de las prioridades del Ministerio de Salud son las inmunizaciones a niñas /os menores de cinco años por lo que el modelo de trabajo comunitario lo contempla como una de sus metas y busca a través de la participación comunitaria lograr sensibilización en las madres de la importancia de vacunar a sus hijos e ir tratando de obtener coberturas optimas en el sistemático y las jornadas Nacionales sean solo una estrategia para completar coberturas e impacto en la población.

6.5.5.- Violencia Intrafamiliar:

La tarea de proteger la vida y el desarrollo de los seres humanos es el mayor reto que tiene el trabajador por la salud comunitaria en conjunto con la población del territorio asignado.

Su propósito es fortalecer la capacidad de resolución y el empoderamiento de la población organizada para hacer de las comunidades y hogares, lugares sanos y seguros para los individuos .

El modelo de trabajo comunitario para lograr estos objetivos, propone impulsar los clubes de adolescentes, los grupos de hombres contra la violencia intrafamiliar, los grupos de autoayuda a mujeres victimas de violencia, la red contra la violencia intrafamiliar, lo cual se ha impulsado en los ocho municipios del SILAIS – CARAZO unos más desarrollados que otros debido al contexto de cada municipio.

Se constituye en el eje transversal de todas nuestras actividades a fin de sensibilizar a trabajadores de salud y comunidad de la importancia de trabajar unidos en la prevención de este mal.

Con este modelo podemos asegurar que hemos operacionalizado la estrategia de trabajo comunitario en un territorio determinado siéndole de interés para quienes trabajan en niveles locales y que deben dar repuesta en medio de situaciones económicas de crisis y que la única forma de salir adelante es mediante el apoyo solidario de la sociedad

organizada siempre y cuando no-se instrumentalicen si no por el contrario se les empodere para que en conjunto se busquen soluciones a los problemas.

Uno de los aspectos importantes de este modelo es que logra modificar el antiguo concepto de trabajo de terreno reduciéndolo al incentivo monetario que da el Ministerio de salud a aquellos trabajadores que realicen “x” actividad fuera de su unidad de salud. A un concepto más integral que tiene que ver con el lograr que la comunidad tenga una participación y gestión en salud aprenda el auto cuidado de su salud y la de su comunidad convirtiéndose en un proceso educativo y de retroalimentación tanto para el trabajador de la salud como para el agente comunitario, se establece entonces una relación de intercambio entre las necesidades planteadas por los agentes, que son los representantes de la sociedad en la que viven y los recursos con que cuenta la unidad de salud así como en conjunto establecen los mecanismos para achicar la brecha que ambos no pueden dar repuesta, llamando a esto último Trabajo Comunitario.

Esta experiencia del modelo de trabajo comunitario que se está desarrollando en el SILAIS – CARAZO que pretende ser una propuesta para operacionalizar la estrategia de trabajo comunitario propuesta en la cuarta política de salud valdría la pena preguntarnos sobre las reales posibilidades de aplicación en otros SILAIS tomando en cuenta que es un factor de empoderamiento de la comunidad para participar en la democratización de la gestión en salud ¿cuánto de poder estarían dispuesto a soltar los profesionales de salud a los agentes comunitarios? ¿Es que su aplicación realmente depende de la voluntad política del gobierno de turno de llevarla a efecto y tenerlo como ley de la república o de la buena voluntad del director de SILAIS o del director municipal de llevarlo a cabo? Creemos que el temor de realizar un modelo como este está en el no estar seguro del control sobre este fenómeno que podemos tener, ni en nuestra formación académica nos enseñaron como manejar estas relaciones ya que era eminentemente biologicista y aún que ahora se trata de dar nuevos enfoque se centran más en la prevención que en la promoción lo que hace que en la práctica no podamos superar el enfoque biologicista.

El modelo permite resolver algunos desafíos del Ministerio de salud como es la limitada capacidad operativa institucional para implementar las políticas, la inaccesibilidad de los servicios de salud al permitir que sean los trabajadores de salud los que lleguen a las comunidades más remotas acercándose con un paquete básico de atención y capacitando a los agentes comunitarios para que estén alertas ante cualquier situación anómala de salud de la población.

VII.- DISEÑO METODOLOGICO.

Se trata de un estudio de sistematización del Modelo de Trabajo Comunitario implementado en el SILAIS – CARAZO en el período 1998 al 2000. El punto de partida fue la experiencia de participación y organización comunitaria, acumulada a lo largo de un proceso de gestión social de la salud, y cuyo sustrato fundamental ha sido el aporte voluntario de diferentes formas de organización comunal y distintos actores sociales involucrados, según la diversidad socio cultural de cada municipio.

La técnica empleada: La entrevista abierta para la cual se diseñó en conjunto con un grupo focal una guía con preguntas abiertas.

Para la obtención de la información se dispuso de una guía de revisión de los documentos Las fuentes secundarias consultadas fueron:

- Informes de trabajo con parteras, brigadistas.
- Informes de evaluaciones mensuales, semestrales y anuales de trabajo comunitario de los municipios.
- Actas de reuniones multisectoriales de los municipios.
- Informe de resultados del diagnóstico comunitario.
- Investigaciones realizadas por ONGs y otras instituciones sobre trabajo comunitario.
- Expedientes de los sectores.
- Además de fotografías videos y mapas.

El estudio contempla el rescate de la experiencia de personas que participaron y estuvieron involucradas en el proceso de implementación del Modelo de Trabajo Comunitario del SILAIS – CARAZO, con los aportes de los sujetos participantes en la sistematización se elaboró un informe analítico que presenta elementos de análisis del diseño del modelo, el proceso de implementación del mismo, los resultados obtenidos y las lecciones aprendidas.

Los resultados obtenidos incluyen:

- **El análisis de contexto en que se desarrolló el modelo**, en este apartado se evalúa en la medida de lo posible los factores que pudieron influir de manera positiva o negativa, en alcanzar los objetivos, metas y resultados del Modelo de Trabajo Comunitario.
- **El análisis del entorno:** incluye una breve caracterización del SILAIS – CARAZO que abarca los factores políticos, económicos, sociodemográficos y tecnológicos.
 - Se describe los flujos de atención a la salud en el sector público.
 - Y como fue y es el funcionamiento actual del Modelo de Trabajo comunitario.
- **El marco de referencia:** Incluye la conceptualización del Modelo de Trabajo Comunitario del SILAIS y se determina cual es la percepción que tiene la comunidad sobre:
 - a) Trabajo Comunitario.
 - b) Participación comunitaria
 - c) Autogestión
 - d) Desarrollo sostenible
 - e) Cobertura de servicio
 - f) Enseñanza- aprendizaje.

Para la obtención de esta información se utilizó el método de indagación con grupos focales integrados con informantes claves de la comunidad.

- **Componentes del modelo:** Los elementos considerados son los mismos ejes integradores del modelo. Las preguntas a las que respondieron los entrevistados fueron:
 - a) ¿Cuáles han sido las experiencias acumuladas sobre el Modelo de Trabajo Comunitario en el SILAIS, en lo que respecta a las intervenciones en los componentes?
 - b) ¿Cómo ha sido el proceso de organización del trabajo comunitario?

- c) ¿Cuál es el concepto en uso acerca de Sensibilización de la situación de los territorios con relación al Modelo de Trabajo Comunitario?
- d) ¿Cómo fue el proceso seguido para el diagnóstico comunitario?
- e) ¿Cuáles son los avances para el diseño del plan estratégico participativo?
- f) ¿El Modelo de Trabajo Comunitario es válido para la comunidad?
- g) ¿Responde el Modelo de Trabajo Comunitario a las necesidades de la comunidad?
- h) ¿Cómo se dio la participación de la comunidad en la implementación del Modelo de Trabajo Comunitario?.

Acerca del proceso de implementación del Modelo

Nos planteamos según el Modelo de Trabajo Comunitario: Cómo fue el proceso de Organización para la implementación del Modelo de Trabajo comunitario en el SILAIS

CARAZO en el ámbito de:

1. - Equipo de salud que trabajan en el Modelo de Trabajo Comunitario en el Municipio.
2. - De las organizaciones comunitarias y actores sociales existentes en las comunidades.
3. - La Distribución de los recursos de salud es suficiente según territorio y población.
4. - Es el fondo de tiempo de personal suficiente o necesario: 60% Trabajo Comunitario y 40% Gestión administrativa.

Acerca de los contenidos programáticos del Modelo:

Los contenidos que se evaluaron del Modelo de Trabajo Comunitario son los mismos de la ejecución de las acciones implementadas: Salud Reproductiva, Adolescentes, inmunizaciones, higiene ambiental y violencia intrafamiliar.

Preguntas:

- ¿Qué conocimientos tienen los adolescentes sobre la salud sexual y reproductiva?
- ¿De qué manera han cambiado o modificado los estilos de vida la comunidad?
- ¿Hasta donde han asumido su rol como comunidad?
- ¿Hasta dónde la implementación del Modelo de Trabajo Comunitario contribuyó al adecuado desarrollo de los contenidos del Modelo?

Acerca de los resultados obtenidos:

- Se realizó una síntesis por cada uno de los componentes y contenidos del Modelo, no tanto como datos numéricos o con porcentajes, sino como lecciones aprendidas.
- ¿Con la implementación del Modelo de Trabajo Comunitario se ha obtenido algún cambio en la comunidad?
- ¿Qué actividades se realizan para resolver problemas de la comunidad?
- ¿Existe una programación para dar cumplimiento a la estrategia del Modelo de Trabajo Comunitario?
- ¿Existe formato verificado en el SILAIS para recolectar la información del Trabajo Comunitario?
- ¿Existe formato diseñado para la evaluación de Trabajo Comunitario?

De las conclusiones y recomendaciones:

La sistematización se dividió de acuerdo con el periodo de implementación:

- a) I- ETAPA: período 1998- 1999. Comprende la identificación del problema, la fase de sensibilización, organización y diagnóstico comunitario.
- b) II- ETAPA: Período 2000– 2001. Comprende la identificación de nuevos problemas, el diseño del plan estratégico, el proceso de ejecución del plan y el monitoreo y evaluación.

VIII. RESULTADOS

El proceso de reconstrucción de los hechos se realizó a través de los testimonios de los implicados en el proceso de implementación del Modelo de Trabajo Comunitario en el Departamento de Carazo así, como la interpretación de los mismos desde su propia experiencia, para lo cual utilizamos diferentes instrumentos metodológicos para obtener la información.

Taller de reflexión colectiva.

Se invitó a todas los equipos de dirección de los municipios y aquellos trabajadores de la salud que habían participado desde la concepción del modelo a un taller, que sería impartido por un experto en sistematización con el objeto de reconstruir e interpretar todos los hechos acaecidos en la implementación del Modelo de Trabajo Comunitario, evidenciando los factores que han intervenido en él y las relaciones entre ellos.

Ejes en los que basamos la sistematización:

- **Entorno en que se desarrolló el Modelo de Trabajo Comunitario:** Alrededor de este eje se analiza los factores que pudieran haber influido de manera positiva o negativa en alcanzar los objetivos, metas y resultados del modelo de trabajo comunitario.
- **Componentes del modelo:** Son los ejes integradores del modelo los cuales serán analizados a partir de la experiencia de los participantes en la implementación de los mismos.
- **Proceso de desarrollo del modelo:** Aquí analizaremos el proceso de organización del sistema de salud de Carazo para la implementación del mismo.
- **Contenidos programáticos del Modelo:** Se analizarán los programas de salud priorizados en el modelo: Salud Reproductiva, Adolescente, Inmunizaciones, Higiene ambiental y violencia intrafamiliar.

8.1 Entorno en que se desarrollo el modelo de trabajo comunitario:

El modelo de trabajo comunitario implementado en el SILAIS Carazo tiene su origen en lo que se conoció como Plan integral de Atención en Salud (PIAS) en el segundo quinquenio de la década de los ochenta, donde se trabajo el enfoque de participación comunitaria y promoción de salud. En está década el trabajo con organizaciones comunitarias era más fácil ya que todos los barrios de una u otra forma estaban organizadas y el sistema político de esa época permitía la movilización masiva alrededor de la salud.

En la década de los noventa las organizaciones comunitarias y de barrios sufren una baja por el cambio de gobierno y políticas que se da, por lo que hubo que readecuar la estrategia y buscar un modelo en el que no tuviera mucha incidencia los cambios de sistemas políticos que se dieran en el país con este objetivo concebimos el Modelo de trabajo comunitario y lo implementamos por primera vez en el municipio de San Marcos, logrando motivar al personal de salud de la época a participar en él y a la vez motivar a la población a participar, no fue nada fácil ya que en los barrios la situación política dividía la población y reconciliarlos era difícil por lo que tuvimos que buscar mecanismos y tácticas para lograrlo.

En ese tiempo el Ministerio de Salud se organizaba por Regiones y áreas de Salud estás últimas gozaban de alguna autonomía en la toma de decisiones lo que permitió la implementación del Modelo.

Con la Organización de los Sistemas Locales de Salud (SILAIS) se logra la aceptación de la estrategia para implementarla en todos los municipios del SILAIS Carazo y se deja a enfermería para su seguimiento, vdebido a que la persona que estaba en esa Dirección era quien había impulsado el modelo en el municipio de San Marcos.

8.1.1 ¿ Qué permitió la aceptación de implementar el Modelo de Trabajo Comunitario en el SILAIS Carazo?

El haber aumentado las coberturas de los diferentes programas, la organización territorial obtenida y la movilización de los diferentes actores sociales en el combate de la epidemia del cólera en el municipio de San Marcos esto es lo que hace que las autoridades del SILAIS Carazo valoren la importancia de está estrategia y lo impulsen.

En 1998 el proyecto Salud Reproductiva y Empoderamiento de la Mujer (SAREM) de Finlandia retoma la estrategia para impulsar su proyecto y financia el fortalecimiento del Modelo en todo el SILAIS haciendo énfasis en los contenidos de Salud Reproductiva, Adolescentes, y violencia intrafamiliar.

Este contexto es lo que da un impulso grande al Modelo logrando organizar todo el departamento de Carazo.

8.1.2. Análisis del entorno.

El Modelo de Trabajo Comunitario se impulsó en el Departamento de Carazo mejor conocido como "la meseta de los pueblos"

El SILAIS – Carazo está conformado por 8 municipios y localizado en la subregión del pacífico sur. El territorio se encuentra comprendido entre el Istmo de Rivas y el departamento de Managua. Ocupa una posición de enlace y de reunión con los demás departamentos de la costa del pacífico y a la vez tiene una posición estratégica, ya que forma parte del corredor entre la parte norte y sur de la zona del pacífico.

La extensión territorial es de 981.5 km cuadrados tiene una población de 166,894 habitantes. El 55.6% se localiza en el sector urbano y el 44.4% en el sector rural.

La población está distribuida de la siguiente manera:

Municipios	Población	Superficie	Densidad poblacional	Localidades o comunidades	Distribución %		Distribución % del total población del SILAIS.
					Urbana	Rural	
San Marcos	29,843	1108	276	102	42.1	57.9	18
Diriamba	56,513	282	200	78	52.5	47.5	34
Dolores	6,524	2.5	2,609	12	77.1	22.9	4
Jinotepe	41,799	292	143	77	79.5	20.5	25
El Rosario	4,399	11	399	10	64.6	35.4	3
La Paz	4,585	13	352	11	57.9	42.1	3
Santa Teresa	19,176	184	104	51	29.7	70.3	11
La Conquista	4,055	89	45	21	33.2	66.8	2
ToTal	166,894	981.5	170	362	55.6	44.4	100

FUENTE: Plan de Salud 2001 del SILAIS - CARAZO.

8.1.3 Red de servicios

El SILAIS – CARAZO está conformado por dos niveles de atención:

El Primer Nivel: Conformado por 8 centros de salud cabeceras, cada uno con sus respectivos puestos de salud en los que se brinda atención de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

El Segundo Nivel: está conformado por un hospital departamental ubicado en el Municipio de Jinotepe, el que brinda atención especializada de: pediatría, ginecología, cirugía general y pediátrica, medicina interna, traumatología, otorinolaringología, cirugía reconstructiva, urología y neonatología.

Además el SILAIS cuenta con un hospital primario ubicado en el municipio de Diriamba, que cuenta con las cuatro especialidades básicas y un hospital para la atención a nivel nacional de los maestros.

Distribución de la Red de Servicios.

Municipios	Total unidades	Centros de Salud	Puestos de Salud	Hospital
San Marcos	5	1	4	-
Diriamba	6	1	4	2
Dolores	1	1	-	-
Jinotepe	9	1	7	1
El Rosario	1	1	-	-
La Paz	2	1	1	-
Santa Teresa	5	1	4	-
La Conquista	1	1	-	-
Total	30	8	20	3

Fuente: Plan de Salud 2001 SILAIS – CARAZO.

8.2 Componentes Del Modelo

La siguiente información se obtuvo de los grupos focales de acuerdo a la experiencia acumulada en las intervenciones de los componentes del modelo.

8.2.1 Proceso De Sensibilización

Fue una de las etapas más difíciles, en general no le daban importancia al proceso de trabajo comunitario.

El personal no estaba adaptado a esta tarea del trabajo comunitario por eso no se apropiaban del modelo, decían que era una carga más de su trabajo, estaban

acostumbrados al clásico trabajo de terreno, donde no involucraban a los actores sociales en las actividades que impulsaban.

Al realizar supervisiones no se encontraba registro de información.

Con la multisectorial se está trabajando y se ha logrado sensibilizarlo.

Se incumple con los roles programados por falta de personal, ya que cuándo alguien falta el personal asignado a trabajo comunitario tiene que atender otro programa.

Trabajo comunitario no se le está dando la importancia, incluso el mismo SILAIS,

Se programan otras actividades no tomando en cuenta que en las unidades de salud ya se tienen actividades planificadas con la comunidad e incumplimos con ellos cuando nos afectan los otros niveles de salud.

La mayoría de las veces logramos sensibilizar a la población hasta que sucede una desgracia : un brote de cólera o una muerte por x causa. La población tiene la creencia de que el MINSA, sólo, tiene la responsabilidad de resolver los problemas de salud.

Otro problema que se daba, es que algunos brigadistas no querían participar por que estaban acostumbrados a que algunos proyectos de organismos no gubernamentales le pagaran el trabajo que realizaban.

La delimitación territorial nos dio problemas en un principio por no haberse tomado en cuenta a la población ya que ellos estaban acostumbrados a trabajar con otros sectores y esto también nos daba problemas de cobertura de los servicios de salud y de las metas programadas.

8.2.3 Organización

Antes de iniciar la organización de la comunidad lo primero que hicimos fue organizarnos nosotros como unidad de salud, para ello lo primero que analizamos es el flujo den atención y la capacidad de atención que teníamos con los recursos humanos y materiales disponibles.

Sabíamos que al trabajar con la comunidad la demanda iba a ser mayor por lo que teníamos que buscar mecanismos de contención., uno de esos mecanismos fueron las brigadas médicas quienes un vez a la semana visitaban las comunidades atendiendo al mayor número de población tanto en los programas como en consulta médica, esto no solo reducía la demanda sino que hacía más accesible los servicios de salud a la población rural.

Las brigadas llevaban medicamentos, vacunas, métodos anticonceptivos y materiales en general para atender en las comunidades a la gente.

En la unidad de salud se busco estrategias con las compañeras de admisión para no rechazar a ninguna persona que fuera referida ya sea por los trabajadores comunitarios o por los agentes comunitarios, para ello se dejaban cupos libres en la atención.

Las responsables de los programas en la unidad de salud empezaron a trabajar con los cuadernos de cita y las trabajadoras de salud comunitaria referían a los pacientes de acuerdo a un número dado de los programas de cupos que tenían exceptuando emergencia. Esto funcionó por un tiempo pero la gente que se citaba no llegaba y se perdía tiempo entonces se opto por los cupos libres cada programa dejaba dos cupos para cualquier emergencia o persona referida por la comunidad.

Ya organizada la unidad de salud y todo el personal claro del trabajo a efectuarse se procedía a la sectorización del municipio el cual consistía en hacer una distribución del territorio. Se consultaba a las diferentes organizaciones tanto gubernamental como no gubernamental de cómo estaba dividido el municipio y tratábamos de ajustarnos a lo ya existente respetando delimitaciones territoriales.

Un sector podía tener varios barrios o varias comarcas colindantes, lo que facilitaba el acceso y la atención del personal de salud, aún cuando un sector se componía de varias comunidades se respetaba la forma tradicional de organización de cada una de ellas.

Se asignaba un trabajador de salud a cada sector quien era el responsable de garantizar la salud de ese territorio en conjunto con la población organizada.

Cada responsable de sector procedía al mapeo de su sector y al diagnóstico higiénico sanitario de cada vivienda de ese sector el cuál se hacía con la ayuda de los compañeros de enfermedades vectoriales (ETV) quienes tenían mucha experiencia en estas tareas.

Cuando en los municipios se inicio el proceso de organización lo que se hizo fue coordinar con las organizaciones ya existentes en las comunidades.

En el caso de Diriamba dentro de las organizaciones tradicionales estaban los grupos de baile, el cura es el que establece el reglamento de estos grupos, al igual que las cuotas de los miembros. Existe el responsable del baile que asume la alimentación del grupo durante los ensayos y días de fiesta patronal que duran 8 días, con este señor es que el MINSA municipal establece coordinación para desarrollar el trabajo comunitario. Ellos participan con sus Danzas en las jornadas de salud recreando a la población que estamos vacunando y de esta manera promovemos también la cultura.

Con el movimiento Comunal al inicio del modelo de trabajo comunitario había excelente comunicación posteriormente por problemas institucionales se bajo un poco esta comunicación Hoy en día podemos decir que todavía existe comunicación pero de manera burocrática.

Diriamba cuenta con las siguientes organizaciones comunales: Movimiento comunal, Asociación de diabéticos, Asociación de profesionales de Diriamba, asociación de lisiados de guerra, Casa de la mujer, Asociación de promotores de la cultura.

En Dolores: Se establece coordinación activa con la mayordomía de las fiestas patronales de la santa Cruz en el área de higiene y también con la policía, alcaldía. Cuenta con las siguientes organizaciones: Movimiento Comunal, Comedor infantil

En San Marcos existe una coordinación con el comité de fiestas patronales, MINSA, Alcaldía para realizar acciones higiénica sanitarias. Realizamos coordinaciones con la policía para la seguridad ciudadana.

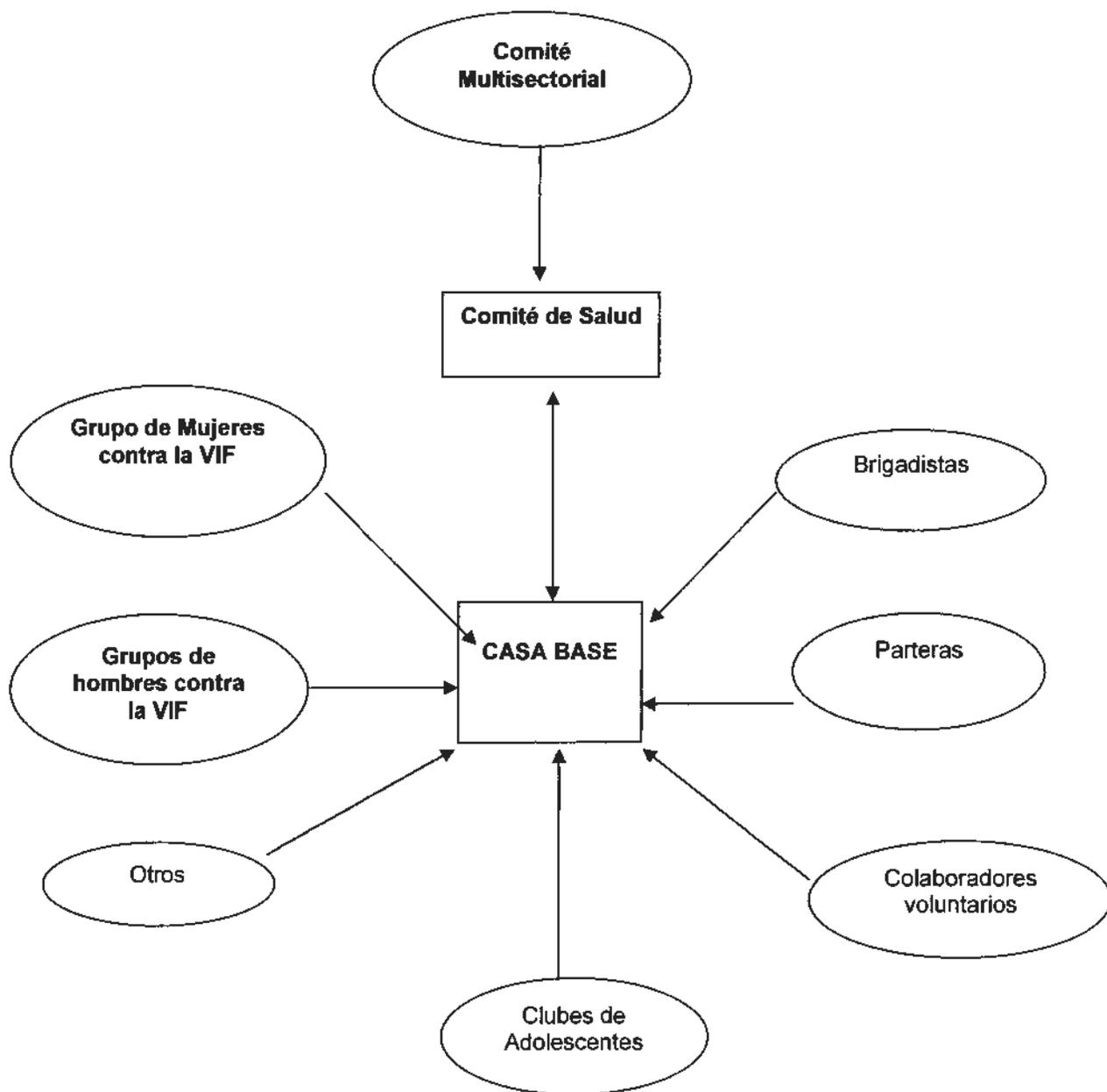
Cuenta con las siguientes organizaciones: Movimiento Comunal, Asociación de promotores de la cultura, Casa de la mujer, Quinchos, Hogar de rehabilitación del adicto, Yaoska

(Centro de rehabilitación para las niñas adictas a la pega) Asociación de trabajadores del campo, Centro de asesoría y escuela jurídica.

Existen brigadas ecológicas en los 3 municipios para la conservación del medio ambiente. Con todos estos organismos se establece coordinación encaminada a la prevención y promoción de salud

La organización comunitaria existente en cada barrio o comarca está compuesta por:

- **El Comité de Salud:** el cual lo eligen los miembros de la comunidad en asamblea o de entre los miembros de los comités comarcales o de barrios ya existentes y son los responsables de la salud de su comunidad y del desarrollo del mismo. Coordinan a todos los agentes comunitarios existente en su localidad.
- **Las Casas Bases:** Es el punto de referencia en salud de la comunidad donde confluyen todos los agentes comunitarios para la búsqueda del desarrollo de sus comunidades y la vigilancia comunitaria de la salud.
- **Brigadistas comunitarios:** Son activistas de la comunidad que apoyan a los comités y casas bases en las tareas de salud de la comunidad, por lo general son jóvenes escolares y pertenecen a los clubes de adolescentes de la comunidad.
- **Parteras :** Agentes comunitarios tradicionales que por lo general son las responsables de casas bases o son miembros de los comités de salud y son líderes en su comunidad

ORGANIZACIÓN COMUNITARIA.

Gobierno Local.

Las instituciones gubernamentales existentes en los diferentes municipios son: Alcaldía, Ministerio de Educación, Juzgado, Policía, Empresa de luz eléctrica, Empresa de teléfonos, empresa de agua potable.

Con estas instituciones en cada municipio se conforma **la multisectorial** para las coordinaciones de desarrollo municipal.

Organizaciones no Gubernamentales

DIRIAMBA: Asociación de amigos de la policía con el cual tenemos firmado un convenio de cooperación MINSA-CANATUR, APAN Asociación pro ayuda de niños, Museo Ecológico, Visión Mundial este solo tiene presencia en las localidades de San Gregorio y Buena Vista con proyección comunitaria (Huertos familiares, becas).

SAN MARCOS: - APRODIN: asociación proderecho a la mujer y niñez,

- Plan Internacional: proyección comunitaria como letrificación.
- HIENNA: Apoya el trabajo comunitario atendándolo de forma integral.
- Amigos de Holanda: Promueven proyectos de letrificación y prevención de enfermedades transmisibles.

SAREM: Financia a todos los municipios en el componente de salud reproductiva, violencia intrafamiliar, fortalecimiento del trabajo comunitario.

Todas estas ONG han permitido fortalecer el modelo de trabajo comunitario al crear espacios de participación ciudadana, trabajando con los comités de salud existentes en las diferentes comunidades y barrios de los municipios.

En Diriamba existe representantes de la alcaldía en dos comunidades Buena Vista y San Gregorio con ellos establecemos las coordinaciones para trabajar en conjunto en la resolución de problemas de la comunidad como suministro de agua y gestiones par mejorar los puestos de abastecimiento de agua, también han solicitado cambios de personal de salud cuando estos no le han dado repuesta a los problemas de salud de la localidad.

Con el ministerio de educación es con quien más nos coordinamos para los procesos de capacitación a maestros sobre enfermedades de transmisión sexual, promoción y prevención siendo en la actualidad multiplicadores del proceso.

Con MARENA y MAGFORD se han establecido coordinaciones para impulsar las CLIPS.

8.2.4. Participación Comunitaria :

A la gestión activa de los miembros de una comunidad determinada, a la capacidad de intervención y resolución de problemas de los mismos es que llamamos participación comunitaria.

Significa al mismo tiempo la capacidad que las comunidades o barrios tienen de identificar e intervenir de forma precisa ante cualquier problema que de una u otra forma afecte a los miembros de la misma. Tiene que ver con la conciencia, actitud y sensibilización de los miembros de la comunidad para lograr al final que esta sea dinámica, eficaz y productiva

La participación comunitaria se puede ver obstaculizada por colores políticos, religiosos, culturales, otras veces estos mismos obstáculos pueden convertirse en oportunidades cuando como facilitadores de los procesos establecemos una buena negociación y concertación con grupos no afines y logramos unidad para un fin común.

Las instituciones cuando trabajan en base a las necesidades de la comunidad, consultándoles sobre sus problemas y prioridades logran mayor éxito que sin hacerlo, ejemplo: cuando nos propusimos que las casas bases en las comunidades iban a ser el eje central de la organización y acción comunitaria fueron los brigadistas tradicionales quienes definieron su necesidad y donde deberían estar ubicadas.

Participación comunitaria es trabajar con la comunidad y para la comunidad, dándoles las herramientas necesarias para su empoderamiento por lo que es necesario capacitarlos en gestión y liderazgo, para ello el personal debe estar capacitado para este proceso. Un obstáculo para el desarrollo de la participación comunitaria es cuando las instituciones cierran los espacios a las comunidades no dejándolos exponer sus problemas y posibles alternativas.

Hoy en día los líderes de las comunidades tienen un espacio en las unidades de salud , saben cuales son sus derechos, piden sus capacitaciones, vigilan sus comunidades para que no ocurra ninguna epidemia ni ningún desastre que lamentar, pero estamos claros que aún falta mucho por hacer para lograr un verdadero empoderamiento de los actores comunitarios así como comunidades donde no se ha podido desarrollar estos procesos por limitaciones tanto de recursos humanos de salud como recursos financieros y materiales para llevarlo a cabo.

8.2.5. Capacitaciones:

Se elaboró un plan de capacitación para trabajadores de salud sobre los diferentes componentes del modelo el cuál se impartía municipio por municipio ya que la metodología era el aprender haciendo y en la medida que se iba capacitando se iba implementando los diferentes pasos del modelo.

Los temas básicos para la implementación eran:

- Bases conceptuales del modelo
- Planificación sectorial
- Organización local
- Diagnóstico comunitario
- Educación sanitaria
- Comunicación social
- Acción política
- Marketing social.-

“Cada tema que recibíamos tenía su área práctica con un período de tiempo para implementarlo en el municipio estos iban desde una semana a un mes”

“A veces no conseguíamos el objetivo y el período se alargaba más, como por ejemplo lo de la organización comunitaria esto no era tan fácil para nosotros ya que no estábamos acostumbrados a trabajar con la participación de la comunidad en la toma de decisiones, antes aún en el PIAS lo que hacíamos era que la gente nos ayudara a cargar los termos o

nos ayudarán en las jornadas de higiene y limpieza pero no planificaban las acciones con nosotras”

“ahora nosotras nos reunimos con la gente analizamos los problemas que hay en el barrio y buscamos soluciones conjuntas, realizamos un plan de trabajo y establecemos las responsabilidades de cada quien y luego lo evaluamos y volvemos a programar “

“Al principio el trabajo es duro pero cuando la comunidad está organizada el trabajo es más fácil ya no tienes que andar casa por casa, llegas a la comunidad y los agentes comunitarios ya te tienen a la gente que vas a atender y luego te reúnes con ellos para ver las próximas actividades y lo que ha pasado en el periodo que no has llegado, los casos nuevos o problemas que ha habido”

Estas capacitaciones fueron de gran utilidad para sensibilizar al personal ya que la metodología era participativa y reflexiva y partía de lo que nosotros ya sabíamos pero nos negábamos a realizar por que creímos que era más trabajo nos dice una trabajadora de salud comunitaria.

Algunos de estos temas fue impartido por especialistas, como fue el taller de capacitación sobre empoderamiento local el cuál se realizó en ocho encuentros de tres días a la semana en el se abordaron temas acordes al trabajo comunitario desarrollado por el personal de salud con la finalidad de enriquecer los conocimientos y habilidades que amerita el empoderamiento local , para fortalecer las actividades sanitarias en las comunidades y elevar las capacidades técnicas de dicho personal.

8.2.5 Diagnóstico:

El diagnóstico nos permite conocer la realidad de manera objetiva y ordenada y es la etapa inicial de todo proceso de salud, ya sea, de un individuo, una familia o una comunidad.

En dos municipios en 1996 se lograron realizar los diagnósticos de la comunidad por sectores, barrios y comarcas: San Marcos y Jinotepe. Y los problemas identificados fueron: Fecalismo al aire libre, malos hábitos higiénicos sanitarios, enfermedades hídricas (diarrea)

En el año 2000 se realiza el diagnóstico comunitario en todos los municipios del SILAIS-Carazo el cual fue financiado por SAREM y contó con la participación de las diferentes organizaciones de las comunidades desde su inicio hasta la consolidación y análisis de los datos, este diagnóstico nos ha permitido desde el censo poblacional por localidades hasta el análisis social y económico de las poblaciones de las diferentes comunidades del SILAIS.

Con los datos del diagnóstico comunitario se actualizan los mapas de sector ubicando los resultados en los mapas a través de símbolos que nos indica visualmente cual es la situación higiénica sanitaria de esa localidad, a la vez se abren los **expedientes de sectores** donde se lleva un registro de todo lo que se realiza en el barrio o comarca, los nombres de los miembros de los **comités de salud**, los planes de trabajo, la ubicación de las casa bases y los nombres de sus líderes, los principales problemas de salud existentes en ese barrio y las diferentes estrategias para superarlos.

8.2.6 Plan Estratégico:

En cada barrio o comarca la responsable de salud después de haber realizado el diagnóstico comunitario se reúne con el comité de salud para realizar el plan estratégico de la localidad partiendo de los recursos con que cuenta la comunidad hasta llegar a aquellos problemas que ameritan gestión financiera con otras instituciones.

“Cuando la enfermera me dijo que íbamos a hacer un plan de trabajo creí que estaba bromeando y le dije lo va hacer usted por que aquí nosotros ni leer sabemos y ella me contestó no se preocupe don Celso yo le voy a enseñar como hacerlo ay va a ver usted que fácil y así fue no supe a que hora lo fuimos haciendo paso a paso ella preguntándonos y nosotros comprometiéndonos hoy hasta un proyecto de letinas hemos logrado hacer” nos dice Don Celso Gutiérrez un coordinador del comité de salud del Dulce Nombre.

“Realmente no sabía como hacerlo a pesar que ya había recibido la capacitación, no es lo mismo sentarme a hacer mi plan de trabajo que enfrentarme a hacer un plan con los miembros de los comités de salud y aprender y enseñar como hacerlo, fue una buena experiencia aprendí haciéndolo”

En el municipio de San Marcos existía un plan estratégico el cuál se le dio seguimiento y se creo una red de vigilancia epidemiológica que nos ayudaba a la toma de decisiones en el

municipio, este mismo sistema se implemento como piloto en los municipios de Santa Teresa y Diriamba pero solo en San Marcos se logra consolidar.

En el municipio de Santa Teresa se tiene un plan estratégico que año con año se actualiza de acuerdo a problemas identificados con la comunidad.

En relación a los planes estratégicos en los municipios estos se han ido modificando sistemáticamente con la participación de la comunidad.

8.3. Contenidos Programáticos:

Los grupos focales abordaron los contenidos programáticos del modelo de la siguiente manera:

8.3.1 Salud Sexual Y Reproductiva:

Con relación a Salud Reproductiva podemos decir que es un componente priorizado por el MINSA y que actualmente la concepción del mismo ha evolucionado logrando un abordaje integral en la atención dentro del proceso de trabajo comunitario, se toma en cuenta la participación de la comunidad en las acciones de salud reproductiva dirigidas a las personas y familias.

Cada acción que hemos realizado con la participación comunitaria ha contribuido a mejorar los indicadores de salud (tazas de mortalidad perinatal, detección precoz de CACU y de mamas, ETS y aumentar los partos institucionales)

Aún cuando las muertes maternas y perinatales constituyen en el SILAIS Carazo el primer problema de salud, a nivel Nacional es una de las tasas más bajas, esto es, debido a que, en el trabajo comunitario se garantiza la participación de los agentes comunitarios en las acciones de reducción de la mortalidad materna y perinatal,; parteras, líderes de casas bases y brigadistas la vigilancia comunitaria de los embarazos y se tiene el sistema de referencia y contrareferencia comunitaria

"Las capacitaciones recibidas acerca de este componente nos ayudó a la promoción de los servicios y búsqueda activa de casos que puedan afectar la salud de las mujeres"

"Consideramos que se han modificado mitos y tabúes de las poblaciones en relación a la planificación familiar como son : el uso del preservativo que creían que disminuía el placer sexual en ambos, se creía que solo las mujeres eran las que debían planificar, que el DIU producía cáncer y que se les podía encarnar, lo cual se mide con el incremento actual de las coberturas de planificación familiar que han pasado de un 7% en 1998 a un 35 % en el 2001"

Con el trabajo comunitario hemos logrado tener un incremento en la cobertura de hombres en el programa de planificación familiar, en 1998 no se tenía ningún hombre registrado en las estadísticas de las diferentes unidades de salud en el 2001 se tienen al menos 10 hombres en cada unidad de salud planificando ya sea con condones o vasectomía.

En lo que respecta a citologías vaginales hay una mayor aceptación de las usuarias a través de la promoción que realizan casa a casa los agentes comunitarios lo cual ha contribuido a aumentar las coberturas de un 6% en 1998 a un 17% en el 2001.

Los partos institucionales en 1998 eran del 60% en el 2001 se incrementaron a un 80% en el ámbito de todo el SILAIS según los datos del SINEVI del departamento de estadísticas del SILAIS.

"antes los niños nacían en sus casas atendidos por parteras con las capacitaciones a parteras y promoción de salud de los agentes comunitarios y las consejerías que brinda el personal de salud a las embarazadas en la comunidad se han incrementado los nacimientos en los hospitales"

8.3.2 Violencia Intrafamiliar

En Nicaragua, el reconocimiento de la VIF como un problema de salud pública en 1996, es un triunfo que evidenció la importancia del sector salud en el abordaje y prevención del problema, a través de la detección, orientación registro y derivación, así como de la promoción de nuevas formas de relación entre hombres y mujeres y entre personas de mayor edad.

Cuando el proyecto SAREM inició en Carazo el tema de la VIF no se abordaba de forma integral ni como una prioridad dentro de salud, las casas de las mujeres que por su perfil y

trayectoria eran las que tenían un espacio como referente exclusivo para las personas en situaciones de violencia.

El personal de salud no estaba capacitado para trabajar con esta problemática por lo que en 1999 se empiezan las capacitaciones a todo el personal de salud financiado por SAREM donde se incluye también las capacitaciones a líderes comunitarios.

El modelo de trabajo comunitario lo integra como un eje trazador en todos sus acciones, se empieza a trabajar de forma organizada y coordinada con las estructuras comunitarias existentes, contribuyendo en la captación de casos por los agentes de la comunidad y poder canalizarlos a las instancias correspondientes para su atención.

Se comenzó en 1999 con un proceso de sensibilización y capacitación con todos los actores implicados. Todos estos procesos fueron dirigidos particularmente por el personal de salud del primer nivel de atención que trabajan con las comunidades que es la primera puerta de entrada para la detección y la atención de las personas que sufren violencia.

En este componente la comisión multisectorial jugó un papel muy importante ya que participaban, los jueces, la policía y otras autoridades municipales a los cuales se les capacitó para el abordaje del problema.

Se elabora una estrategia de información, educación y comunicación (IEC) para que la información llegara por diferentes medios a la gente: Afiches, plegables, dossiers, calcomanías y obras de teatro con grupos de adolescentes lo cual dio un avance grande a la tarea que había que realizar en las comunidades.

Lo más difícil en este componente fue la conformación de los grupos de hombres ya que primero teníamos que sensibilizar y capacitar a los hombres de salud que trabajaban en el trabajo comunitario formando a los facilitadores de hombres para lo que se les capacitó en "facilitación y promotoría con hombres", Los temas que se abordaban eran:

- Identidad y género.
- Metodología para trabajar con grupos de hombres.
- Los hombres y la violencia intrafamiliar.
- Participación masculina en la salud sexual y reproductiva.

- Propuestas y estrategias del cambio.

Se crean las redes contra la violencia intrafamiliar en cada comunidad, algunas se mantienen hasta la fecha otras por falta de seguimiento no se han sostenido, considerando que este componente no puede ser auto sostenible en dos años ya que el proceso de sensibilización apenas comienza en este período, sin embargo podemos afirmar que el avance tiene relación con un alto porcentaje de denuncias de violencia intrafamiliar que se dan tanto en el ámbito de la policía como de los juzgados.

Actualmente las unidades de salud llevan registro de los casos de violencia que se dan en sus territorios.

8.3.3 Atención Integral De Adolescentes:

Este componente era relativamente nuevo, no era un grupo priorizado por el Ministerio de Salud sin embargo debido al incremento de estilos de vida de riesgo y problemas con el embarazo y las Enfermedades de transmisión sexual, drogadicción, alcoholismo y violencia juvenil se empieza a trabajar en este componente en todos los municipios del SILAIS aunque con poca experiencia y conocimiento por parte del personal de salud.

En 1998 con el proyecto SAREM se empieza a capacitar al personal sobre el trabajo con adolescente, en los barrios y comarcas se organizan a los jóvenes en clubes de adolescentes y son incorporados dentro de la red de agentes comunitarios.

A los jóvenes se les capacitó sobre:

- Embarazo en adolescente
- Autoestima
- Estilos de vida saludable
- Proyecto de vida,
- Formulación de microproyectos,
- Violencia Intrafamiliar.
- Sexualidad y género.
- Participación comunitaria.

Con la ayuda de SAREM se contrata a un experto en teatro para capacitar a jóvenes en esta área, llegando a conformarse un grupo por municipio y estos tenían la tarea de formar redes en sus comunidades llegando a tener más de 20 grupos en el departamento, estos grupos apoyan las actividades de promotoría en las comunidades brindando educación en los hogares y las escuelas sobre salud sexual y reproductiva, violencia intrafamiliar, higiene e inmunizaciones.

La promoción de salud y la educación se fortaleció con la presentación de los grupos de teatro en los puntos clave como son: escuelas, mercados, centros y puestos de salud.

Implementar este componente no fue tarea fácil ya que se enfrentó a la inexperiencia y la actitud negativa de algunos padres de familia al cambio que estaban siendo sometido sus hijos lo cual chocaba con algunas concepciones conservadoras de los padres a través del involucramiento de los padres en las diferentes actividades y la sensibilización a los mismos se logra llevar a cabo dichas acciones con gran éxito.

" Consideramos que este trabajo con los adolescentes ha contribuido ha modificar y promover nuevos estilos de vida de los jóvenes que participan en los clubes, a crear interés de los adolescentes en el desarrollo de sus comunidades a través de la gestión de microproyectos, como son: formación de huertos familiares, talleres de costura, canchas de basket boll, gimnasios"

8.3.4 Inmunizaciones:

Una de las prioridades y políticas del Ministerio de Salud es inmunizar el 100% de los niños menores de cinco años, anteriormente al modelo de trabajo comunitario las enfermeras visitaban casa a casa las comunidades en la búsqueda de los niños, a partir de la implementación del modelo se involucra a los comités de salud en la planificación de las vacunaciones y en conjunto se buscan estrategias para lograr que todos los niños reciban sus respectivos biológicos.

En algunos municipios los puestos de vacunación fueron un éxito ya que no solo se brindaban las vacunas sino que se hacían piñatas y presentación de los grupos de teatro lo cual alegraba a las comunidades y se lograban coberturas óptimas y el personal de salud se desgastaba menos en las jornadas de salud.

En la vacunación sistemática los agentes comunitario participan en la captación y referencia de niños y mujeres en edad fértil con esquemas de vacunación incompleta, colaborando en la actualización de censos y libros de seguimiento de tal forma que se observa en las estadísticas del SILAIS aumento de las coberturas de las vacunas del PAI siendo mayores en aquellos municipios donde están las comunidades bien organizadas.

"Anteriormente solo buscábamos a los brigadistas para que nos acompañaran a las comunidades y nos ayudaran a cargar los insumos y equipos, hoy ellos se reúnen con nosotros cada mes y planificamos lo que vamos hacer analizando las coberturas de los niños y mujeres de las comunidades y nos proponemos alcanzar las metas, es así que cada vez que visitamos las casas bases los agentes comunitarios nos tienen a los niños y mujeres que les hacen falta las vacunas y la lista de los nuevos nacimientos y los que no quieren vacunarse para hacerles las visitas dirigidas"

"Nuestra gente con los grupos de teatro que llegan a la comunidad ha entendido el porque hay que vacunar a los cipotes para que no queden rencos ni se nos mueran, quedan uno que otro que no quiere hacer caso pero hay vamos con las enfermeras a convencerlos"

8.3.5 Higiene Ambiental:

El componente de higiene ambiental se programa a partir del diagnóstico situacional de las comunidades a través de planes integrados con todos los agentes comunitarios, agentes institucionales y ONGs existentes.

Las principales actividades realizadas en este componente han sido las jornadas de higiene y limpieza, abátización, destrucción de criaderos, eliminación de charcas, malezas y cuidado de las cuencas de los ríos, así como la vigilancia de las aguas de consumo humano.

En algunas comarcas coordinamos actividades con Ministerio de agricultura para la reforestación de las cuencas de los ríos donde se forman brigadas con los agentes comunitarios y los estudiantes de las escuelas; esto se planifica en la multisectorial y con los comités de salud involucrados.

Los comités de salud han realizado y gestionado proyectos encaminados a la búsqueda de la salud ambiental de sus comunidades: proyectos de letrificación, filtros de agua, pozos comunitarios y familiares y educación sobre la conservación del medio ambiente.

Este componente le falta mayores campañas de promoción y sensibilización tanto a la población como a las mismas autoridades municipales para que en conjunto busquemos soluciones a los problemas higiénicos sanitarios de los municipios ya que entre todos podemos lograr ciudades y comunidades saludables.

8.5. Proceso De Desarrollo Del Modelo:

Para conocer ¿Cómo había sido el proceso de implementación del modelo de trabajo comunitario? Los y las miembros de los equipos de dirección que se habían capacitado en el taller dirigido por un experto en sistematización realizaron dos grupos focales por municipio, uno estaba constituido por trabajadores de salud que desde el inicio del modelo estaban trabajando con las diferentes comunidades y el segundo se escoge a los actores sociales y comunitarios de los municipios que habían estado trabajando desde el inicio de la implementación del modelo, obteniendo los siguientes resultados.

Períodos de implementación del Modelo de Trabajo Comunitario

8.5.1 I Etapa. Período De 1998 A 1999.

A esta etapa la llamamos "Conocimiento y sensibilización de la situación de los territorios con relación al trabajo comunitario" fue una de las etapas más difíciles, el personal no lograba entender él porque había que involucrar a la comunidad en los asuntos de salud, hubo que realizar varias reuniones explicando la importancia de esta nueva estrategia municipio por municipio y estableciéndose tanto en el ámbito de la Sede del SILAIS y del proyecto SAREM como una política para obtener las coberturas de los programas, como para garantizar la accesibilidad a los servicios de salud.

Se establecen dos fases en este momento y a cada una de ellas se le establecen sus pasos y actividades, lo cual facilitó la implementación a través de una mejor comprensión de lo que se tenía que hacer y además que se aprendía haciendo.

"Al principio nosotros los trabajadores de salud pensábamos que era una locura, que nos estaban aumentando el trabajo no así el pago, nos cerrábamos en esto y no cambiamos, lo que hacía más difícil el trabajo"

Otra trabajadora expresa: " fíjese que cuando vino la Sra. Quintana a enseñarnos como íbamos a hacer el trabajo con la comunidad yo decía está Sra. Como no tiene que hacer nos anda inventando más trabajo pero cuando empecé a trabajar con ella en la comunidad y ver como ella nos acompañaba y nos enseñaba a tratar a los líderes comunitarios dije esta si sabe lo que debe hacerse y en la medida que íbamos implementando el modelo aprendí que trabando con la comunidad organizada en vez de aumentar el trabajo lo hace más sencillo"

No fue sencillo lograr sensibilizar al personal de salud, cuando creímos que todo iba para adelante el paradigma tradicional volvía a imponerse ya que algunos programas de la Sede del SILAIS y del Nivel central del MINSA tampoco respetaban la planificación existente al darnos cuenta de esto aprendimos que debe haber una coordinación entre todos los programas del SILAIS para que el modelo se lograra implementar con éxito por lo que procedimos a sensibilizar a todo el personal del SILAIS sobre la estrategia y se establece una reunión mensual de coordinación de programas para establecer en un plan mensual todas las afectaciones de la Sede a los municipios lo que garantizó que los equipos de dirección pudieran planificar mejor sus actividades sin temor a que dar mal con las comunidades.

Cuando el personal de salud había aceptado comenzar con el modelo procedíamos al análisis de lo que ellos hacían en el territorio comparándolo con lo que la propuesta del modelo decía y ver como en su municipio de acuerdo a las características particulares podía implementarse, hacíamos un diagnóstico del territorio y procedíamos a realizar el plan de cómo lo íbamos a hacer, por lo general escogíamos dos sectores uno urbano y uno rural y allí lo echábamos a andar aprendiendo en el terreno como se hacía.

Posteriormente, ya de acuerdo todos los trabajadores de salud del municipio les presentábamos la propuesta a los diferentes actores sociales y comunitarios y a las organizaciones no gubernamentales existentes para su aprobación y participación en el mismo.

Este proceso que al escribirlo parece tan sencillo implementarlo en todos los 8 municipios nos llevo más de seis meses ya que había que conocer el territorio, convencer a los líderes comunitarios de participar, conformar los comités de salud. Seleccionar las casas bases, planificar actividades con ellos.

"Cuándo aparecieron por mi comunidad con esta forma de trabajo yo les dije pero si ya eso lo hemos hecho pero vienen un ratito y después no vuelven a aparecer por eso es que no prospera ese trabajo si ustedes me aseguran que van a estar siempre entonces adelante, desde ese día aquí en San Pedro de los Molinas estamos trabajando juntos.

"En nuestra comunidad ahora tenemos grupos de jóvenes que nos ayudan a convencer a las madres para que vacunen a sus niños, a limpiar las calles, a enseñarnos a través de los grupos de teatro como sufren los niños y las mujeres cuándo hay violencia en las casas"

"creo que si seguimos trabajando de esta forma vamos a lograr que haya mejor salud en nuestra comunidad, antes aquí no venía ningún médico hoy la brigada viene cada mes el médico atiende a los enfermos y las enfermeras se reúnen con los comités de salud, con los líderes de casas bases para ver que ha pasado mientras ellos no han venido, vamos a visitar a las personas que tienen problemas, a las parteras y luego hacemos el plan de trabajo que vamos a desarrollar en el próximo mes"

En el proceso nos dimos cuenta que teníamos que organizar los servicios de salud de las unidades para que no nos rechazaran los pacientes que enviamos de la comunidad y para ello procedimos a dejar cupo en la consulta para que ningún paciente que fuera enviado de las comunidades fuera rechazado.

Esto nos dio bastante trabajo ya que teníamos limitación de personal tanto médico como de enfermería y a veces no había recursos ni para ir al terreno ni para atender toda la demanda, por lo que procedimos a analizar cuánto era la capacidad nuestra de atención en relación a los recursos existentes y establecimos un límite de atención el cual fue discutido con el personal que estaba asignado a los sectores y estos a la vez comunicaran a los líderes comunitarios para saber cuantos pacientes por día podían enviar al puesto o centro de salud lo cual nos ayudó junto con las brigadas médicas a reducir la demanda y hacer más accesible la atención en el territorio.

El fondo de tiempo del personal de enfermería se distribuyó en 60% para el trabajo comunitario y 40% en gestión administrativo y docencia, sin embargo en este período el tiempo para la implementación del modelo fue de un 90% en el territorio y en la medida que se iba organizando el tiempo disminuyó.

8.4.2 II Etapa /Periodo 2000 - 2001.

Esta etapa es la de diagnóstico, planificación, evaluación y consolidación del modelo.

En el año 2000 fue aprobado por SAREM el financiamiento para realizar el diagnóstico comunitario en todos los municipios del SILAIS Carazo, este proceso lo realizamos en dos fases:

Primera fase: procedimos a realizar la propuesta de instrumentos y la validación de los mismos.

- Capacitar a los equipos de dirección de los municipios, trabajadores de salud comunitario y agentes comunitarios que participarían en el diagnóstico.
- Se contrató a un experto en elaboración de instrumentos y realización de diagnósticos comunitarios para que capacitara a los grupos y posteriormente realizara la consolidación del mismo en el ámbito de municipios y SILAIS.

Segunda fase: se realiza cronograma de actividades con todos los involucrados estableciendo metas y fecha de conclusión.

Se realizan las encuestas casa por casa por los brigadistas seleccionados por los comités de salud ya capacitados y se consolidan los datos.

Al concluir el diagnóstico se pasa al proceso de planificación estratégica para lo cual también se contrata a un experto en planificación estratégica comunitaria para la capacitación a los facilitadores del proceso que eran todos los trabajadores de salud comunitaria para que lo implementaran en sus sectores.

"Al principio yo creí que eso era difícil, decía no vamos a poder pero cuando fuimos haciéndolo primero con la ayuda del profesor ya vimos que no era nada del otro mundo"

"cuando nos presentaron los resultados de cómo estaba nuestra comunidad creímos que jamás íbamos a poder cambiarlo, pero cuando entre todos empezamos a palabrear las cosas fuimos viendo como algunas de las cosas las podíamos hacer nosotros y otras teníamos que buscar quien nos ayudara"

En el proceso de planificación nos dimos cuenta que había que realizar varias capacitaciones a los agentes comunitarios para poder lograr los cambios que nos proponíamos y así capacitamos a :

Los comités de salud sobre :

- Organización comunitaria.
- Elaboración y gestión de proyecto.
- Participación comunitaria.
- Conflictos y negociación.
- Evaluación y seguimiento comunitario.

Los Líderes de casas bases:

Sistema de vigilancia comunitaria.

- Manejo de enfermedades comunes
- Referencia y contrareferencia comunitaria
- Toma de gota gruesa.
- Información comunitaria.
- Conflicto y negociación
- Violencia intrafamiliar y género.
- Salud sexual y reproductiva.

"estás capacitaciones nos han ayudado para que podamos ayudar a nuestra gente, hoy en día cualquier enfermedad que sé de mandamos un mensajero al puesto de salud para que vengan a ver lo que pasa y no se nos muera tanta gente" "en mi comunidad hemos hallado 3 casos de violencia intrafamiliar y hemos hablado con la gente de la red contra la violencia que existe aquí y le han dado repuesta" "Ahora nosotras estamos más descansadas ya que sabemos que cualquier problema que se de en nuestros sectores los del comité inmediatamente nos mandan aviso, así como cuando llego ya me tienen el reporte de todos

los niños que han nacido y las nuevas embarazadas, hasta tan pendiente de quienes botan la basura donde no deben”

Las evaluaciones de los planes los hacemos trimestralmente y en ellos la responsable de salud del sector y el comité de salud evalúan el cumplimiento de las metas propuestas los cambios que se han dado, las dificultades que hemos tenido y procedemos a realizar el plan para los próximos meses. Este es un área que todavía falta consolidar ya que hay dificultades en el manejo con la comunidad de las prioridades a evaluar de forma participativa y todavía estamos los trabajadores haciéndolo como el Ministerio lo requiere por programas y no de acuerdo a lo que la comunidad debería tener como indicadores a evaluar.

IX. ANALISIS (LECCIONES APRENDIDAS)

El análisis del desarrollo del modelo de trabajo comunitario en Carazo fue realizado por los diferentes actores comunitarios y personal de salud y éstas son sus opiniones con respecto a las lecciones aprendidas.

Lecciones aprendidas en el proceso de implementación del modelo.

Al realizar el análisis de los resultados de las entrevistas a grupos focales encontramos las siguientes lecciones aprendidas:

- Cuando se toma en cuenta y se respetan las organizaciones tradicionales existentes en las comunidades, se obtiene mayores éxitos en la implementación de cualquier estrategia.
- Cuando no existe organización en las comunidades, no se debe elegir de dedo a los líderes, se tiene que tomar en cuenta a las familias que habitan en esa localidad y hacer una elección democrática de los miembros del comité de salud.
- Para lograr la organización de las comunidades y barrios se necesita conocerlos, y ubicar lugares neutrales donde toda la población pueda asistir. Los lugares neutrales par reunirlos son las escuelas y centros o puestos de salud.
- Respetar la división territorial que se tiene en las comunidades para llegar al consenso con los habitantes lo que permite una mejor organización territorial.
- Cuando los grupos organizados están bien informados, se logra motivar a los miembros de las comunidades en la participación de las acciones de salud para lograr el desarrollo de las comunidades.
- Antes de la implementación de cualquier estrategia se debe discutir, analizar y reflexionar sobre cómo realizarlo y porque del mismo con los trabajadores de salud, partiendo del principio democrático de participación y de esta manera se logra que ellos se sientan parte activa en el logro de lo que nos proponemos hacer.

- Para lograr que el personal se involucre de forma activa es necesario utilizar la metodología del aprender haciendo en las capacitaciones previas a la implementación del modelo, e ir sensibilizándolos para el cambio de paradigma.
- Cambiar el paradigma tradicional de trabajo de terreno a trabajo comunitario solo se logra en la medida que el personal de salud ve los beneficios de esta nueva estrategia. La teoría no basta. Los resultados son los que cuenta y sobre todo cuando estos representan menos esfuerzo en su rutina diaria.
- El acompañamiento de las autoridades de salud municipal y del SILAIS en la implementación del modelo, motiva la participación de los trabajadores de salud para obtener mejores resultados.
- No se puede implementar el modelo de un solo golpe en todo un municipio, se debe comenzar por barrios y localidades pequeñas y con mayores problemas de salud, para de allí hacer una lenta expansión al resto de localidades.
- Los miembros de las comunidades deben percibir al trabajador de salud neutro no involucrado ni en política ni en aspectos religiosos por que inmediatamente se distorsiona el trabajo comunitario.
- Cada comunidad es una nueva experiencia por lo que el trabajador de salud no puede traspolar la experiencia de otra comunidad, sino, tomarlo como referente pero, debe partir del análisis de la realidad existente ya que esto nos va a brindar la dinámica que debemos seguir en el proceso de desarrollo comunitario y de salud.
- Cuando se parte de las necesidades sentidas por los grupos organizados de la comunidad en el análisis del diagnóstico comunitario se logra una mejor planificación e involucramiento de la población y los agentes comunitarios en los proyectos y acciones a realizar, se realiza un trabajo consciente.

- Se debe organizar la atención en salud de las unidades de salud de forma tal que de respuesta a la demanda, que genera el trabajo comunitario y evitar rechazo de las referencias comunitarias, ya que éste podría ser un elemento desmovilizador de las organizaciones comunitarias.
- Se debe tener en cuenta el fondo de tiempo de los recursos humanos de salud para la atención comunitaria, de forma tal, que la planificación que se realice con las comunidades no se suspendan, ya que ocasionaría que posteriormente los agentes comunitarios no participen.

Lecciones aprendidas en cuanto a las intervenciones en los componentes.

- No se puede desarrollar ningún proceso de trabajo comunitario sin una verdadera participación comunitaria pero para ello se requiere brindar los elementos necesarios a los grupos comunales para que la participación sea efectiva.
- Capacitar a los grupos organizados de la comunidad, no se puede hacer con métodos tradicionales se requiere partir de la práctica del aprender haciendo, para luego ir dando herramientas de acuerdo al plan de implementación en esas comunidades.
- Las casas bases que son los puntos referentes en las comunidades para las diferentes acciones de salud y desarrollo comunitario no pueden ser elegidos por los trabajadores de salud sino que deben hacerlo los comité de salud y los agentes comunitarios ya que pertenecen a la comunidad y no al Ministerio de Salud.
- Es a partir del conocimiento que van adquiriendo los agentes comunitarios sobre los diferentes temas de salud y el diagnóstico comunitario, que se logra la participación en las captaciones de las personas, para alcanzar las coberturas óptimas de los programas priorizados por el MINSA.
- Contar con un sistema de referencia y contrareferencia sencillo y consensuado con los actores comunitarios y personal de salud, permite, la intervención oportuna de los casos complicados y reduce la mortalidad materna y perinatal.

- El sistema de vigilancia comunitaria consensuado con los diferentes actores comunitarios e implementado en los diferentes sectores permite la detección oportuna de problemas de salud en las diferentes comunidades.
- La metodología que se utilizó para las diferentes capacitaciones tomaba en cuenta las realidades donde vivían los participantes, donde se concluía con el plan de desarrollo del tema impartido en la comunidad y el seguimiento y evaluación del mismo, lo que permitía realizar los diferentes componentes a través de la metodología del aprender haciendo.
- Cuando se capacita en temas sensibles como son autoestima, violencia intrafamiliar se tiene que tomar muy en cuenta la idiosincrasia de los participantes, sus referentes culturales para lograr cambios de actitudes y aceptación del tema.
- Una comunicación efectiva entre el trabajador de salud asignado a un sector y los actores comunitarios es la clave del éxito para el desarrollo comunitario y de salud.
- Lograr cambios de paradigmas en los trabajadores de salud. (trabajo de terreno a trabajo comunitario) solo se alcanza cuando el trabajador de salud se siente parte activa en el proceso de implementación del modelo.

Lecciones aprendidas en la aplicación de los contenidos programáticos del Modelo de Trabajo Comunitario

- Los grupos de autoayuda son de gran valor en el logro de nuevos conocimientos para cambios de actitudes y permiten el involucramiento de las personas en temas como Salud Reproductiva y Violencia intrafamiliar.
- Cuando se trabaja con componentes relativamente nuevos tanto para la comunidad como para los trabajadores de salud se debe entrar en una etapa de sensibilización y capacitación, comenzando con los trabajadores de salud para que estos puedan masificarlos posteriormente.

- En el trabajo con hombres de la comunidad deben ser los mismos hombres quienes trabajen con estos grupos de lo contrario estos se inhiben y no se logran los objetivos propuestos.
- Los grupos de adolescentes tienen que contar con personas capacitadas en el trabajo con los mismos y además que le guste y tenga mente abierta para entender esta etapa del ser humano, de lo contrario no logra una adecuada comunicación y se da la deserción de los grupos.
- El teatro es uno de los medios donde los adolescentes se divierten enseñando a otros cual debe ser la conducta adecuada para obtener salud óptima a través de la sátira y el buen humor.
- Cuando se va a trabajar con grupos de jóvenes en temas como: género, sexualidad, violencia intrafamiliar, hay que reunir a los padres de familia explicarles de lo que se trata y obtener su permiso por escrito para evitar problemas posteriores.
- El análisis del flujo de atención y los recursos disponibles de los servicios de salud del municipio, son elementos que deben tenerse presente y organizados antes de iniciar el trabajo con los actores comunitarios.
- Los comités multisectoriales. (Participación de las instituciones gubernamentales existentes en el municipio, organizaciones no gubernamentales y líderes de los comités de salud de las comunidades y barrios) permiten el análisis y la toma de decisiones en cuanto a la priorización en la resolución de problemas de salud.

Lecciones aprendidas por el equipo coordinador del Sistema de Atención Integral de Salud (SILAIS) Carazo. MINSA.

- El modelo de Trabajo Comunitario permite integrar todos los programas de salud priorizados por el MINSA en la comunidad para lograr accesibilidad, equidad, eficiencia y efectividad en la resolución de los problemas de salud que afecta a las poblaciones.

- El modelo de trabajo comunitario permite una organización de los servicios más eficaz y eficiente para dar respuesta a la población que demanda los servicios de salud.
- El diagnóstico comunitario permite a todos los responsables de programas y autoridades institucionales conocer los problemas de las diferentes comunidades y barrios tanto en lo económico, social y de salud para elaborar y ejecutar planes de intervención con la participación comunitaria.
- Cuando la comunidad participa de forma organizada en el análisis, planificación, ejecución y evaluación de los problemas de salud no solo se mejora la salud comunitaria sino que se observa un desarrollo integral de la comunidad.
- Se debe continuar con el proceso de fortalecimiento del modelo de trabajo comunitario y proponérselo a las autoridades del Nivel central para su posible aplicación en otros SILAIS.

X. CONCLUSIONES.

Una vez concluido el análisis de la implementación del Modelo de Trabajo Comunitario en el SILAIS - Carazo llegamos a las siguientes conclusiones:

GENERAL:

El modelo de Trabajo comunitario permitió al SILAIS - Carazo fortalecer la organización comunitaria en las comunidades y barrios de los ocho municipios que lo conforman permitiendo la participación y coordinación de los actores institucionales y comunitarios, a través de la metodología del aprendizaje mediante la acción (aprender haciendo), teniendo cada municipio su propia experiencia en el desarrollo de los componentes siendo la autogestión el que menos desarrollo obtuvo. Los contenidos programáticos implementados permitieron mejorar la accesibilidad a los servicios de salud, mejorar las coberturas de atención de salud en los programas priorizados y en los grupos de riesgos de las comunidades, mejorar la situación higiénica sanitaria de algunos sectores de mayor conflicto.

ESPECIFICAS:

Acerca de los componentes del Modelo de Trabajo Comunitario.

1. El proceso de sensibilización es la etapa del convencimiento. El éxito de la participación de los trabajadores y actores sociales en la implementación del modelo de trabajo comunitario en el SILAIS - Carazo se debió al esmero con que se preparo el documento guía y se dio a conocer unidad por unidad involucrando al equipo de conducción del SILAIS.
2. El modelo de trabajo comunitario permitió cambios en el paradigma del trabajo en salud que se venía realizando en las comunidades, se pasó del trabajo de terreno, en que el personal de salud salía a realizar acciones sin involucrar directamente a la población a un trabajo comunitario donde la comunidad participa organizadamente en todo el proceso.
3. Los líderes de salud tienen una participación activa en todo el proceso de búsqueda de salud de sus comunidades. Cada municipio tiene un desarrollo diferente, dentro de los

municipios hay barrios y comunidades con mayor participación que otros, debido al contexto donde se dan estos procesos. (Culturales, económicos, políticos etc.)

4. La organización comunitaria se basó en las estructuras organizativas existentes en cada comunidad. Tratar de crear estructuras comunitarias paralelas sin tomar en cuenta las tradicionales lleva al fracaso de la implementación del modelo.
5. Organizar los servicios de salud tomando en cuenta los recursos humanos y financieros con que se cuenta y el flujo de atención que genera el trabajo comunitario permitió una atención sin rechazo a la demanda.
6. la comunicación efectiva con los líderes comunitarios e institucionales fue la clave para superar los conflictos que se generan ante la escasez de recursos financieros, medicamentos y recursos humanos.
7. la participación de la comunidad de forma organizada y empoderada: Ha aumentado las coberturas de los servicios de salud. hace que los servicios sean más accesibles a la comunidad. Ha permitido la autogestión de proyectos no solo de salud sino de desarrollo de la comunidad y de recreación para su población. Permite que estén preparados para vigilar los principales problemas de salud que pueden convertirse en un problema colectivo de grandes alcances y tener claro donde referirlos en caso de emergencia o para una mejor resolución de su problema.
8. Para lograr una verdadera participación social se debe comenzar con la participación activa de los trabajadores de salud desde el análisis del porqué realizar el trabajo comunitario, el como hacerlo partiendo de sus conocimientos sobre las comunidades a intervenir y el convencimiento de las ventajas que esta estrategia representa tanto para la comunidad como para ellos hasta la evaluación y sistematización del mismo.
9. La implementación del Modelo de Trabajo Comunitario en el SILAIS - Carazo ha contribuido a elevar las coberturas de los diferentes programas priorizados por el MINSA, ya que cuando la comunidad organizada participa conscientemente e informado sobre la importancia de la salud de su gente se logra los objetivos propuestos.

10. La comisión multisectorial en los diferentes municipios resultaron ser un espacio imprescindible para el desarrollo de estrategias de coordinación inter y extra sectorial para el desarrollo de las localidades tanto en el campo de salud como en otras áreas.
11. La metodología del aprendizaje mediante la acción es uno de los componentes que traza todo el modelo y es el que permitió que paso a paso se fueran implementando cada uno de los componentes y los contenidos programáticos con gran éxito.

Acerca de los contenidos programáticos del Modelo de Trabajo Comunitario

1. El modelo permite resolver algunos desafíos del Ministerio de salud como es la limitada capacidad operativa institucional para implementar las políticas, la inaccesibilidad de los servicios de salud, al permitir que sean los trabajadores de salud los que lleguen a las comunidades más remotas acercándose con un paquete básico de atención y capacitando a los agentes comunitarios para que estén alertas ante cualquier situación anómala de salud de la población.
2. El haber diseñado un sistema de referencia y contrarreferencia comunitaria consensuado con los agentes comunitarios y trabajadores de salud permitió la fluidez del mismo y la referencia oportuna de pacientes con problemas.
3. A través del modelo de trabajo comunitario se garantiza la vigilancia y referencia comunitaria lo que ha permitido mejores coberturas en la salud sexual y reproductiva, violencia intrafamiliar, atención a los adolescentes, inmunizaciones.
4. La violencia intrafamiliar se integro como un eje trazador en todos los componentes programáticos del modelo por lo que el personal y agentes comunitarios tuvieron que ser capacitados en dicha temática, sin embargo este aspecto falta por consolidar ya que el manejo de los casos no es siempre el más adecuado.

5. El no tomar en cuenta la cultura de la población referente a los temas de salud sexual y reproductiva y violencia intrafamiliar trae problemas serios que en muchas ocasiones nos llevaron a cambios de personal de salud en la comunidad.

Acerca del proceso de desarrollo del Modelo de Trabajo Comunitario.

1. Involucrar al personal de salud, empezando el aprendizaje partiendo de la transformación de la comunidad donde ellos laboran o sea su unidad de salud fue la metodología que nos garantizó el cambio de paradigmas y la seguridad y confianza del trabajador para el trabajo con los actores comunitarios de los territorios que se les asignaba.

2. Convencer a los actores comunitarios de que ellos no iban a trabajar para el Ministerio de Salud, sino, para su comunidad por la búsqueda del desarrollo de sus localidades y la salud de su gente fue lo que dio el impulso a la organización y desarrollo del modelo de trabajo comunitario ya que la preocupación de ellos se centraba en los problemas sentidos por ello y de esa manera obteníamos mejores logros.

3. El diseño y metodología utilizada en la implementación del Modelo de Trabajo Comunitario en el SILAIS - Carazo, demostró ser adecuada para el trabajo con personas adultas y jóvenes ya que parte de la experiencia de los mismos para el aprendizaje.

4. El diseño del modelo permitió la participación intersectorial de forma activa en la resolución de problemas comunitarios con la participación de los líderes de las comunidades y barrios permitiendo a las autoridades locales realizar planes y proyectos de acuerdo a las necesidades locales.

5. El trabajador de salud no se le forma en las universidades dentro del paradigma comunitario lo cual hace más difícil el involucramiento de los mismos en la comunicación efectiva con la comunidad lo que hace más lento el proceso de desarrollo del modelo de trabajo comunitario.

6. La estabilidad de los recursos humanos fue uno de los factores que permitió el desarrollo del Modelo de Trabajo Comunitario de forma continuado y sostenida.

7. El apoyo de la cooperación externa fue un gran impulso al desarrollo del modelo comunitario ya que permitió la capacitación a todos los trabajadores y actores comunitarios en temas que no se habían abordado en el SILAIS (violencia intrafamiliar, metodología participativas, adolescencia, talleres de teatro)

8. La planificación estratégica no fue desarrollada en todos los municipios esta etapa del Modelo de Trabajo comunitario falta consolidarlo ya que el manejo por parte del personal de salud comunitario ha sido deficiente por falta de capacitación en la temática.

9. Las evaluaciones de los planes que se realizan en las comunidades, es un área que todavía falta consolidar ya que hay dificultades en el manejo con la comunidad, de las prioridades a evaluar de forma participativa y todavía estamos los trabajadores haciéndolo como el Ministerio lo requiere por programas y no de acuerdo a lo que la comunidad debería tener como indicadores a evaluar.

10. La organización comunitaria se fortaleció en todas las comunidades y barrios del SILAIS logrando la participación de la sociedad civil como sujetos activos en el diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación del desarrollo de la salud de su gente, lo que definimos como verdadera participación social.

XI. RECOMENDACIONES.

Al Ministerio de Salud:

1. Analizar los resultados obtenidos en la implementación del modelo de trabajo comunitario en el SILAIS - Carazo y retomarlo para las próximas políticas de salud, como una estrategia para alcanzar mejores condiciones de salud, con la participación de la misma población organizada.
2. Antes de implementar el modelo de trabajo comunitario en otros SILAIS se debe sensibilizar y lograr una decisión política de los equipos de dirección de los SILAIS y municipales para el éxito del mismo.
3. El SILAIS debe designar a un miembro del equipo de dirección la responsabilidad de la implementación y seguimiento del trabajo comunitario a fin de garantizar las coordinaciones con los diferentes programas de la sede y el cumplimiento en los municipios.
4. Para que se consolide el modelo en el SILAIS - Carazo se requiere de un seguimiento dinámico y atractivo combinado aspectos culturales y de capacitación al menos en un período de tres años.

A los sistemas de atención municipal

1. La participación de los trabajadores de salud en la implementación del Modelo de trabajo comunitario es fundamental, con ellos se debe empezar la sensibilización partiendo de involucrarlos en todas las etapas del proceso de forma activa tomando en cuenta sus experiencias y a través de la metodología del aprender - haciendo.
2. Antes de pasar al trabajo con las autoridades locales y la población de las diferentes comunidades y barrios se debe organizar el flujo de atención de las unidades de salud en base a los recursos humanos y materiales con que cuentan ya que la demanda de atención puede aumentar.

4. Se debe organizar la atención a la comunidad sobre la base de la sectorización territorial designando a las personas de salud que atenderán cada sector así como al responsable del seguimiento y supervisión de este personal.
5. Hasta que se tiene organizado la parte institucional de salud se debe proceder a la sensibilización con los actores institucionales, no gubernamentales y comunitarios, respetando la división territorial que estos tienen y presentando a los trabajadores de salud que tendrán la responsabilidad de la implementación del modelo en cada territorio.
6. Cuando se ha implementado el modelo de trabajo comunitario en una localidad el cumplimiento a lo que se planifica y el seguimiento son las motivaciones mayores para el éxito de lo contrario se puede caer todo lo realizado anteriormente y el rescate es más duro y muchas veces no se logra.
7. El o la responsable de salud del sector debe coordinar con otras disciplinas los problemas que llevan a contradicciones, para que estos sean los encargados de solucionarlos, ya que si este se involucra, corre el riesgo de no ser aceptado en la comunidad nuevamente.
8. El diagnóstico comunitario para que tenga éxito y pueda servirnos para la toma de decisiones posteriores debe ser discutido, elaborado y ejecutado con la participación de los líderes comunitarios.
9. Los contenidos programáticos del modelo no deben ser visto por la comunidad como programas que impone el MINSA sino como un problema de la comunidad a la cual hay necesidad de buscarle solución con la ayuda de todos
10. Los componentes del modelo son los ejes fundamentales que atraviesan todo el proceso del Modelo de trabajo comunitario por lo que trabajadores de salud y actores sociales deben compenetrarse de su importancia e ir conociendo su significado a través del aprendizaje mediante la acción.

A los comisiones multisectoriales.

1. Una buena coordinación inter institucional presidida por el alcalde y director de salud permite un desarrollo más armónico del municipio y les permite planificar sobre la base de las prioridades y recursos con que se cuenta haciendo más eficiente el sistema municipal y preparándolos para la futura descentralización gubernamental.

2. Las instituciones gubernamentales deben escuchar a los diferentes líderes comunitarios permitiéndolos participar en las comisiones multisectoriales ya que esto les permite una comunicación más fluida y un acercamiento a las necesidades más sentidas de la población para una gestión eficaz.

Acerca de las capacitaciones.

1. La metodología utilizada en todo el proceso de implementación debe ser basado en el aprendizaje mediante la acción o sea el aprender haciendo, cada momento y cada paso que se implementa debe llevar una breve introducción teórica que explique los pasos a seguirse y luego se ejecuta en la práctica en el territorio, partiendo de la experiencia de los mismos actores involucrados.

2. Los temas que se han de impartir en las capacitaciones deben partir de las necesidades de los trabajadores de salud y actores comunitarios, obtenidas a través del diagnóstico de necesidades en las áreas que deberán impulsar tanto respecto a los componentes como a los contenidos programáticos.

3. Cuando se abordan con los actores comunitarios temas como salud reproductiva, violencia intrafamiliar y sexualidad debe tomarse en cuenta la cultura y la indosincracia de los participantes a fin de no irrespetarlos y crear barreras en la comunicación

4. El trabajo con jóvenes requiere de personas con mentalidad abierta y que le guste el trabajo con jóvenes de lo contrario se establece una barrera en la comunicación y no se alcanza el objetivo propuesta.

Acerca de los materiales didácticos.

Es necesario diseñar materiales didácticos sencillos para entregar a los líderes comunitarios ya que en esta etapa de implementación no se realizaron. Este es uno de los aspectos que necesariamente se tiene que contar con el apoyo de la cooperación externa por las limitaciones presupuestarias del MINSA.

Acerca del sistema de registro, referencia y vigilancia comunitaria

Un sistema de registro, referencia y vigilancia comunitaria permite la detección oportuna de casos de enfermedades transmisibles, problemas de violencia Intrafamiliar, captación temprana de embarazos, envío oportuno de los casos a los niveles de resolución más complejos, detectar necesidades de capacitación tanto para agentes comunitarios como para personal de salud. Llevar un registro y seguimiento de la información para la toma de decisiones en el nivel local oportunamente.

A las Organizaciones comunitarias.

1. El participar activamente en la toma de decisiones que competen al desarrollo integral de sus comunidades y por ende a la búsqueda de mejores condiciones de salud para sus pobladores pasa por: la organización eficaz de sus comunidades, la capacitación de sus líderes comunitarios para la participación informada en las tomas de decisiones.
2. Evitar manejos políticos partidarios en la implementación y desarrollo de las actividades, así como garantizar que las reuniones se realicen en lugares neutrales donde pueda asistir toda la población, las escuelas, unidades de salud o sitios públicos. Demostraron ser los lugares más apropiados.

A la cooperación externa

El financiar estrategias como el Modelo de Trabajo comunitario garantiza la eficiencia del uso de los fondos para el desarrollo de la salud de las comunidades más pobres, logrando accesibilidad de los servicios de salud a los grupos en riesgo a través de paquetes básicos de salud y la participación de los actores comunitarios e institucionales en la resolución de problemas priorizados.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Franco, Saúl Agudelo. El proceso vital Humano Y el Proceso de trabajo. Conferencia presentada en el Congreso de seguridad social y medicina del trabajo. Medellín 1992.
2. Ministerio de Salud. Política Nacional De Salud 1997 – 2002.
3. ----- Manual para promotores integrales de salud. SILAIS ORIENTAL MANAGUA. Editora arte. Managua, Nicaragua.1995. 220 p.
4. - ----- Armando el rompecabezas, contra la violencia en Carazo:
Sistematización de experiencias del componente políticas y legislación
Para la salud de la mujer. PROYECTO SAREM. 1998 - 2001. 38. P.
5. - - ----- Normas de Trabajo Comunitario. MINSA. Managua, Nicaragua
1997. 68. P.
6. ----- Componente Salud reproductiva: Propuesta del plan operativo
Trabajo Comunitario. PROYECTO SAREM. 1998. 38.p.
7. - Aldana García Zulma. "La Participación social en el primer nivel de atención en salud en comunidades de Morazán, El Salvador, 1993. Trabajo de tesis para optar I título de Maestra en salud pública.
8. - Federación de trabajadores de la salud. Convenio Colectivo MINSA – FETSALUD.
9. - Martínez Manuel. Análisis de Políticas de Salud y Procesos de Participación Social. Nicaragua. 1982-1992
10. - Organización Panamericana de la salud. Taller de Promoción y Protección de la salud en los sistemas locales de salud Centro América Y República Dominicana. Tegucigalpa, Honduras. 1994.

11. - ----- . Participación de la comunidad en la salud y Desarrollo en las Américas:
Análisis de estudios de casos seleccionados. Publicación científica No 473.
. 1984. 91p
12. ----- Epidemiología sin Número. Serie PALTEX
No 28. Washington, 2 da edición. D. C. EEUU. 1992. 112.p
13. --- ----- Epidemiología de la Desigualdad. Serie PALTEX. No 27. Washington, D. C.
1era edición. EEUU. 1992. 188.p
14. - ----- La Enseñanza de la Salud Pública en Centroamérica y República Dominicana.
Publicación técnica No 23. San José, Costa Rica. 1992. 36 p.
15. - ----- Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud: Talleres
. Subregionales. Experiencias y conclusiones. SILOS - 1. Washington, D. C.
. 1999. 54 p.
16. - ----- Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Análisis
de experiencias. SILOS No 8. Washington, D. C. 1990. 175. p.
17. Organización mundial de la salud, Ministerio de salud y Bienestar Social de Canadá.
. Carta de Ottawa para la promoción de salud. Conferencia internacional sobre
. Promoción de la salud: Hacia un nuevo concepto de salud pública. Provincia de . .
. Ontario. Canadá. 1986
18. - Anello Eloy, Hernández Juanita. Participación comunitaria: Capacitación a maestros
rurales, Modulo 3. Bolivia. UNIVERSIDAD NUR. 1993. Pág 185.
19. - Jáuregui Reina. Cesar Alberto. Promoción de la salud y prevención de la
enfermedad: Enfoque en salud familiar. Bogotá D.C. editorial Médica
Internacional Ltda. 1998. 310p.
20. -Astorga Alfredo. Van Der Bija Bart. Manual de Diagnóstico Participativo. Buenos
Aires, Argentina. 2ª edición. CEDEPO 1991. 194p

21. - Villa Bruned Joaquín. La Animación de grupos. Editorial Escuela Española, S.A,
22. - Velásquez Guerra Rubén. Capacitación sin Letras. Asociación pro bienestar de la familia de Guatemala. APROFAM. Primera edición. 1993. 131p.
23. - Díaz Cecilia. El Diagnóstico para la participación. Centro de Estudios y publicaciones ALFORIA. 1995. 38p
24. - Cerda Guerrero Guillermo, Nicaragua Baltodano Maritza. Diagnóstico de salud Comunitaria en las Comunidades de San José de Gracia, Santa Teresa Carazo. 1997. Trabajo de tesis para optar al título de Médico y Cirujano.
25. - Barrenechea Juan José, Trujillo Emiro, Chomy Adolfo. Implicaciones para la Planificación y Administración de los Sistemas de Salud. Editorial Universidad De Antioquía. Medellín, Colombia. 1era edic. 1990. 323. P.+
26. Martínez Manuel. Dossier de Sistematización de experiencias. Taller de sistematización a Trabajadores de salud Carazo. Carazo Nicaragua, 2001. 217. P.
27. - Francke Marfil, Morgan María de la Luz. La sistematización: Apuesta por la por la generación de conocimientos a partir de las experiencias de Promoción. Materiales didácticos No 1. Escuela para el Desarrollo. Lima Perú. 1995 12. P.
28. - Morgan María de la Luz. Búsquedas teóricas y epistemológicas desde la práctica de de la sistematización. Materiales didácticos. Escuela para el Desarrollo Lima, Perú. 1996. 12. P.

XIII. Anexos

**SISTEMATIZACION DEL MODELO DE TRABAJO COMUNITARIO
IMPLEMENTADO EN EL SILAIS – CARAZO
1998- 2001**

INFORME FINAL DE TRABAJO DE TESIS

MAESTRIA EN SALUD PUBLICA POR ENCUENTRO 2000 - 2002

XIII.-ANEXOS

1. Resultados de revisión Bibliográfica.
2. Instrumentos del sistema de registro y referencia comunitaria.
3. Resultados de grupos focales.
4. Guía de evaluación del Modelo de Trabajo comunitario.
5. Tablas de descriptores y criterios de síntesis

**SISTEMATIZACION DEL MODELO DE TRABAJO COMUNITARIO
IMPLEMENTADO EN EL SILAIS – CARAZO
1998- 2001**

INFORME FINAL DE TRABAJO DE TESIS

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA POR ENCUENTRO 2000 - 2002

Anexo 1.
Resultados de revisión Bibliográfica

TABLA I
Número de Agentes Comunitarios Existentes En Relación al Número Existente Antes de la Implementación del Modelo.
En el SILAIS – CARAZO. 1998 - 2001

Municipios	Brigadistas				Parteras				Colaboradores voluntarios				Comités de salud				Club de Adolescentes			
	1998		2001		1998		2001		1998		2001		1998		2001		1998		2001	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
San Marcos	35	26	64	15	12	14	15	13	35	23	40	19	0	0	25	21	0	0	5	8
Diriamba	22	16	108	26	32	36	35	30	26	17	32	15	0	0	33	28	0	0	8	12
Dolores	10	7	25	6	2	2	5	4	5	3	10	5	0	0	4	3	0	0	3	5
Jinotepe	22	16	85	20	16	18	18	15	30	19	44	21	0	0	22	18	0	0	6	10
El Rosario	10	7	35	8	4	4	6	5	12	8	20	9	0	0	6	5	0	0	10	16
Sta Teresa	15	12	42	10	12	14	20	17	22	14	33	15	0	0	10	8	0	0	12	19
La Conquista	10	7	38	9	5	6	11	9	13	8	18	8	0	0	13	11	0	0	10	16
La Paz	12	9	26	6	5	6	8	7	12	8	16	8	0	0	6	5	0	0	8	12
Total	136	100	423	100	88	100	118	100	155	100	213	100	0	0	119	100	0	0	62	100

Fuente: Series Cronológicas del trabajo comunitario de los Municipios del SILAIS- CARAZO.

TABLA II
PORCENTAJE DE MUNICIPIOS SECTORIZADOS
SILAIS – CARAZO. 1998-2001

MUNICIPIOS	NÚMERO	PORCENTAJE
San Marcos	5 unidades de salud. 4 sectorizados	80%
Diriamba	6 unidades de salud. 5 sectorizados	83%
Dolores	Una unidad de salud totalmente sectorizada	100%
Jinotepe	7 unidades de salud. 4 sectorizados	57%
El Rosario	Una unidad de salud totalmente sectorizada	100%
Sta Teresa	5 unidades de salud. Tres sectorizados	60%
La Conquista	Una unidad de salud totalmente sectorizada	100%
La Paz	2 unidades de salud totalmente sectorizada	100%
Total	28 unidades de salud. 21 totalmente sectorizadas	75%

Fuente: Mapas de los municipios. SILAIS – CARAZO.

TABLA III

**PORCENTAJE DE MUNICIPIOS CON EXPEDIENTES DE SECTOR.
SILAIS - CARAZO. 1998-2001**

<u>MUNICIPIOS</u>	NÚMERO	PORCENTAJE
San Marcos	4	19.
Diriamba	5	24
Dolores	1	5
Jinotepe	4	19
El Rosario	1	5
Sta Teresa	3	14
La Conquista	1	5
La Paz	2	10
Total	21	100.0

Fuente: Registro de los municipios. SILAIS - CARAZO.

TABLA IV.

**PORCENTAJE DE CASAS BASES FUNCIONANDO EN RELACIÓN A LO EXISTENTE EN 1998
SILAIS CARAZO.1998- 2001.**

Municipios	1998		2001	
	Número	%	Número	%
San Marcos	4	11	25	21
Diriamba	10	28	33	28
Dolores	2	5.5	4	3
Jinotepe	6	17	22	18
El Rosario	5	14	6	5.5
Sta Teresa	4	11	10	8
La Conquista	3	8	13	11
La Paz	2	5.5	6	5.5
Total	36	100	119	100

Fuente: Series Cronológicas del trabajo comunitario de los Municipios del SILAIS- CARAZO.

TABLA V.
PORCENTAJE DE MUNICIPIOS CON DIAGNÓSTICOS COMUNITARIOS REALIZADOS.
SILAIS- CARAZO. 1998- 2001.

Municipios	DIAGNÓSTICOS	
	Número	%
San Marcos	1	100
Diriamba	1	100
Dolores	1	100
Jinotepe	1	100
El Rosario	1	100
Sta Teresa	1	100
La Conquista	1	100
La Paz	1	100
Total	8	100

Fuente: Series Cronológicas del trabajo comunitario de los Municipios del SILAIS- CARAZO.

TABLA VI.
PORCENTAJE DE TRABAJADORES DE SALUD Y AGENTES COMUNITARIOS CAPACITADOS EN SALUD REPRODUCTIVA Y
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.
SILAIS – CARAZO. 1998 – 2001.

Municipios	Brigadistas		Parteras		Colaboradores voluntarios		Comités de salud		Personal de salud comunitaria	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
San Marcos	64	90	15	100	40	10	25	100	12	100
Diriamba	108	80	35	100	32	8	33	100	12	100
Dolores	25	100	5	100	10	6	4	100	3	100
Jinotepe	85	70	18	100	44	5	22	100	18	100
El Rosario	35	100	6	100	20	12	6	100	6	100
Sta Teresa	42	60	20	100	33	20	10	100	14	100
La Conquista	38	100	11	100	18	55	13	100	4	100
La Paz	26	90	8	100	16	60	6	100	8	100
Total	423	86	118	100	213	22	119	100	77	100

Fuente: Series Cronológicas del trabajo comunitario de los Municipios del SILAIS- CARAZO.

**TABLA VII.
PORCENTAJE DE CASAS BASES CON SISTEMAS DE VIGILANCIA COMUNITARIA FUNCIONANDO
SILAIS – CARAZO. 1998-2001.**

Municipios	SISTEMA DE VIGILANCIA		
	Número de casas bases	Número de casas bases con sistema de vigilancia	%
San Marcos	25	8	32
Diriamba	33	10	30
Dolores	4	2	50
Jinotepe	22	8	36
El Rosario	6	6	100
Sta Teresa	10	5	50
La Conquista	13	9	69
La Paz	6	6	100
Total	119	54	45

Fuente: Series Cronológicas del trabajo comunitario de los Municipios del SILAIS- CARAZO.

TABLA VIII
PROPORCION DE CASOS REPORTADOS POR EL SISTEMA DE VIGILANCIA COMUNITARIA
EN RELACIÓN AL TOTAL DE CASOS DETECTADOS POR EL SISTEMA DE VIGILANCIA INSTITUCIONAL.
SILAIS – CARAZO. 1998 – 2001.

MUNICIPIOS	Total De Casos Reportado En El Año 2001	Porcentaje Por Vigilancia Comunitaria Año 2001	Porcentaje Por Vigilancia institucional Año 2000
San Marcos	10,822	30%	70%
Diriamba	9,631	14%	86%
Dolores	2,989	35%	65%
Jinotepe	8,194	10%	90%
El Rosario	1,713	25%	75%
Sta Teresa	5,670	20%	80%
La Conquista	1,967	10%	90%
La Paz	1,623	25%	75%
Total			

Fuente: registros de vigilancia comunitaria y registros de vigilancia institucional.

**SISTEMATIZACION DEL MODELO DE TRABAJO COMUNITARIO
IMPLEMENTADO EN EL SILAIS – CARAZO
1998- 2001**

INFORME FINAL DE TRABAJO DE TESIS

MAESTRIA EN SALUD PUBLICA POR ENCUENTRO 2000 - 2002

Anexo 5.

Tablas de descriptores y criterios de síntesis.

**TABLA DE DESCRIPTORES
MODELO DE TRABAJO COMUNITARIO DEL
SILAIS CARAZO**

Componentes	Descriptor	Fuente	Técnicas	Instrumentos
Componentes del modelo	Participación comunitaria	Informantes claves	Grupo Focal	Guía de discusión
	Organización local			
	Autogestión	Informe de trabajo comunitario Informe de evaluaciones. Actas de reuniones Expedientes de los sectores	Revisión Documental	Guía de revisión documental
	Enseñanza – Aprendizaje			
Contenidos programáticos	Red de violencia intrafamiliar.	Informantes claves	Grupo focal	Guía de discusión
	Clubes de Adolescentes.	Informes de salud reproductiva del MINSA	Revisión documental	Guía de revisión documental.
	Organización de salud reproductiva en el territorio.			

**TABLA DE DESCRIPTORES
MODELO DE TRABAJO COMUNITARIO
SILAIS CARAZO.**

Componentes	Descriptor	Fuente	Técnicas	Instrumentos
Metodología de gestión participativa	Aprendizaje organizacional	Informantes claves	Grupo focal	Guía de Discusión
	Elaboración y gestión de proyectos.	Proyectos elaborados		
	Formación de Líderes comunitarios.	Planes de trabajo estratégicos conjuntos Trabajadores y líderes comunitarios.	Revisión Documental	Guía de revisión
	Coordinación trabajadores comunitarios de salud y Líderes comunales			

**TABLA DE CONTRASTACIONES DE FUENTES
MODELO DE TRABAJO COMUNITARIO
SILAIS - CARAZO**

FUENTES	COMPONENTES		
	Componentes del modelo	Contenidos programáticos	Metodología de gestión participativa.
Trabajadores de salud que laboran en trabajo comunitario	Organización Local Participación comunitaria Enseñanza - aprendizaje	Violencia Intrafamiliar Club de adolescentes Salud reproductiva	Aprendizaje organizacional Coordinación trabajadores de salud y líderes comunitarios
Agentes comunitarios	Participación comunitaria Organización local Autogestión Enseñanza aprendizaje	Violencia Intrafamiliar Club de Adolescente Salud reproductiva	Formación de líderes comunitarios
ONG's	Participación comunitaria	Violencia Intrafamiliar	Coordinaciones
Informes estadísticos del MINSA		Cobertura del programa salud reproductiva	
Informes de trabajo comunitario	Participación comunitaria Organización local	Cobertura de trabajo comunitario en salud reproductiva.	Coordinaciones
Informes de los agentes comunitarios	Participación comunitaria	Referencias de los agentes	Coordinaciones

LISTADO DE DOCUMENTOS REVISADOS PARA LA SISTEMATIZACION DEL MODELO DE TRABAJO COMUNITARIO

- Modelo promoción – protección de la salud. 1994.
- Informe mensual, trimestral, de Trabajo Comunitario de cada municipio. 95- 2000
- Ensayo de trabajo comunitario del municipio del Rosario. Edel Briceño y Giovanna Macías.
- Ensayo trabajo comunitario del municipio de Sta Teresa. Azalea Guido.
- Monografía sobre trabajo comunitario. Dra. Nicaragua y Dr. Cerda 1998.
- Manual de casas bases. MINSA
- Modelo de Trabajo Comunitario SILAIS – CARAZO 1999.
- Manual empoderamiento local (CIES)
- Diagnóstico comunitario 1999.
- Manual de parteras MINSA 1998.
- Inventario equipamiento del trabajo Comunitario
- Taller de promoción y Protección de la Salud en los SILOS Centroamérica y República Dominicana.
- Manual básico9 de Adolescentes.Solum Donas1999
- Dossier de violencia intrafamiliar, sexualidad SAREM 1999
- Dossier de sistematización de la experiencia Manuel Martínez 2001
- Artículo sobre Modelo de trabajo comunitario del SILAIS – CARAZO. Revista de UPOLI 1998
- Estándares de trabajo comunitario. MINSA 98
- Actas de las multisectoriales. 98 –2000
- Expedientes de sectores, datos de vigilancia epidemiológica y comunitaria. 1998-2000
- Organización Comunitaria. FISE 1997.

**SISTEMATIZACIÓN DEL MODELO DE TRABAJO COMUNITARIO
SILAIS- CARAZO
GUÍA DE REVISIÓN DOCUMENTAL**

Elementos de revisión documental	Documentos	Reconstrucción de memoria
1.- Antecedentes	Taller de promoción y Protección de la salud en los sistemas locales de salud. Centroamérica y República Dominicana 1994.	Personal de salud Lic. Patricia Quintana Lic. Noelia Flores Srta. Auxiliadora Jiménez. Lic. Luisa Casco Dra. Verónica Velásquez. Sra. Casta Martínez.
2.- Análisis del entorno - Características del departamento - Flujos de atención.	Diagnóstico comunitario Caracterización del departamento. Organización del trabajo comunitario de los municipios. Modelo de Trabajo Comunitario.	Comunidad
3.- Marco de referencia Concepto	Modelo de trabajo comunitario Resultado de grupos focales Revisiones bibliográficas.	Sra. Yolanda Paladino Sra. María Elena Suárez Sra. Gloria Martínez. Sra. Xinia Lazos
4.- Componentes del modelo Descripción de componentes	Modelo de trabajo comunitario Informes mensuales Evaluaciones	
5.- Proceso 6.- Contenido Trabajo Comunitario Capacitación	Modelo de trabajo comunitario Evaluaciones de trabajo comunitario	
7.- Resultado Contenido Componente	Resultado de grupos focales Evaluaciones, informes	

GUIA DE ENTREVISTA PARA GRUPOS FOCALES.

ELEMENTOS DE REVISIÓN	PREGUNTAS
ANTECEDENTES	<p>¿desde cuándo se realiza el trabajo comunitario en este departamento?</p> <p>¿ Quienes han participado desde su inicio?</p> <p>¿Cómo se organizó la comunidad?</p> <p>¿Cómo se vinculó el centro de salud con la población organizada?</p> <p>¿Cómo es la participación de la comunidad en los asuntos de salud?</p>
ENTORNO	<p>¿ Cómo influye en su comunidad la situación económica, política y social?</p> <p>¿Qué problemas de salud relevante hay en su sector?</p> <p>¿Cómo se organiza el trabajo Comunitario y cuáles son las funciones del: Trabajador de salud comunitario y los grupos organizados.</p>
MARCO DE REFERENCIA	<p>¿ Que piensan que es la participación comunitaria?</p> <p>¿Qué piensan que es el trabajo comunitario?</p> <p>¿Qué opinan de la autogestión y el desarrollo sostenible? Por que es importante participar en el Trabajo comunitario?</p> <p>¿ Qué han aprendido de está experiencia en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Higiene ambiental. • Salud sexual y reproductiva • Inmunizaciones • VIF • Adolescentes.
PROCESO	<p>¿Qué opinión les merece las capacitaciones recibidas?</p> <p>¿Para que le han servido las capacitaciones?</p> <p>¿Cómo han puesto en práctica estos conocimientos? Qué cambios han observado en las personas que han capacitado?</p> <p>¿Qué opinión le merece el lenguaje utilizado por las o (los) facilitadores en las capacitaciones?</p> <p>¿Qué actores sociales han participado en la implementación del modelo de Trabajo Comunitario?</p> <p>¿Qué cree debe suprimirse en el modelo de Trabajo Comunitario?</p> <p>¿El método de trabajo es válido para la comunidad?</p>

**SISTEMATIZACION DEL MODELO DE TRABAJO COMUNITARIO
IMPLEMENTADO EN EL SILAIS – CARAZO
1998- 2001**

INFORME FINAL DE TRABAJO DE TESIS

MAESTRIA EN SALUD PUBLICA POR ENCUENTRO 2000 - 2002

Anexo 6.

**Instrumentos del sistema de registro y referencia
comunitaria.**

INFORME DIARIO DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA COMUNIDAD
TRABAJO COMUNITARIO
SILAIS – CARAZO.

Municipio:-----Mes:----- Año:-----Unidad de salud:-----
 Barrio o comarca:----- Sector: -----
 Personal de salud que realiza la actividad:----- Perfil ocupacional:-----
 I Promoción de salud

ACTIVIDADES	SEMANA			SEMANA			SEMANA			TOTAL
No de Reuniones con actores sociales y comunitarios										
Comités de salud.										
Brigadistas de salud										
Col Vol										
Parteras										
Clubes de adolescente										
Promotoras legales										
Grupos de autoayuda										
grupos de hombres contra la VIF										
Grupos de apoyo a la lactancia materna.										
Comisión multisectorial.										
Total de visitas realizadas a las casas bases.										
No de visitas de coordinación										
No de visitas de abastecimiento										
No de visitas para dar consulta.										
No de visitas para planificación de actividades										
No de visitas evaluación de actividades										
No de visitas coordinación, consulta y abastecimiento.										

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA COMUNIDAD

TRABAJO COMUNITARIO.

SILAIS – CARAZO

Municipio: _____ Mes: _____

Unidad de salud: _____ Año: _____

PROMOCIÓN DE SALUD.	
1	Organización comunitaria
	# de sectores existentes.
	# de comités de salud activos
	# de brigadistas de salud activos
	# de Col Vol activos
	# de Parteras activas
	# de Clubes de adolescente activos
	-No de adolescentes participande en los clubes
	# de redes de mujeres activas Contra la VIF
	a) # de promotoras legales existentes en las comunidades
	b) # de Grupos de autoayuda
	- No de participantes en los grupos de autoayuda
	# de grupos de hombres contra la VIF activos
	- No de hombres participando en los grupos
	# de grupos de apoyo a la lactancia Materna
	- No de participantes en los grupos de apoyo
2	Actividades realizadas con los diferentes actores comunitarios
	No de reuniones realizadas con los diferentes actores
	a) Comités de salud.
	b) Brigadistas de salud
	c) Col Vol
	d) Parteras
	e) Clubes de adolescente
	f) redes de mujeres contra la VIF
	Promotoras legales
	Grupos de autoayuda
	g) grupos de hombres contra la VIF
	h) Grupos de apoyo a la lactancia Materna
	No de reuniones realizadas con la multisectorial.

PROMOCIÓN DE SALUD.

Temas abordados en las reuniones con los diferentes actores sociales	
a) comités de salud	
b) brigadistas de salud	
c) Parteras	
d) Clubes de adolescente	
e) redes de mujeres	
f) grupos de hombres	
i) Grupos de apoyo a la lactancia Materna	
J) Multisectorial o consejo de salud	

PROMOCIÓN DE SALUD	
Actividades realizadas en las Casas bases	
# de Casas Bases activas	
# de visitas realizadas a las casas bases	
a) Visitas de coordinación	
b) Visitas de abastecimiento	
c) Visitas para brindar consultas	
d) Visitas para planificación de actividades	
e) Visitas de evaluación de actividades	
f) Visita de coordinación, consulta y abastecimiento	
g) Otras actividades realizadas en las casas bases	
Otras actividades planificadas y realizadas con participación de la comunidad	
Jornadas de Higiene y limpieza comunitaria	
Abatización comunitaria	
No de proyectos comunitarios elaborados y gestionados	
No de proyectos comunitarios en ejecución	
No de afiches populares elaborados	
No de charlas comunitarias impartidas por actores comunitarios	

ACTIVIDADES ASISTENCIALES		
4	VISITA DOMICILIAR (VD)	
	No de visitas domiciliarias programadas	
	No de visitas domiciliarias realizadas.	
	No de visitas domiciliarias realizadas a embarazadas inasistentes	
	No de embarazadas que asistieron a su cita después de la visita	
	No de VD a embarazadas ARO	
	No de embarazadas ARO que asistieron a la consulta después de la VD.	
	No de referencias realizadas a las embarazadas visitadas según programación.	
	No de VD a niños de VPCD inasistentes.	
	No de niños visitados referidos a la unidad de salud.	
	No de niños que asisten a la unidad de salud después de la VD.	
	No de pacientes TB visitados	
	a) Por abandono al programa	
	b) Por inasistencia	
	c) Verificación toma de medicamentos	
	d) Captación de sintomáticos respiratorios	
	No de VD realizadas a personas con VIH positivo	
	Otras VD realizadas.	
5	ATENCIÓN INTEGRAL A LA NIÑEZ	
	No de niños < 5 años con IRA captados en la comunidad	
	No de niños < 5 años con EDA captados en la comunidad	
	No de controles VPCD realizados en el domicilio	
6	ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER	
	No de abortos domiciliarios	
	No de captaciones en la comunidad de mujeres >de 35 años embarazadas	
	No de controles a embarazadas realizadas en el domicilio	
	No de controles a embarazadas ARO realizadas en el domicilio	
	No de casos de nódulos mamarios identificados en la comunidad y referidos a la unidad de salud	
	No de casos de nódulos mamarios identificados en la comunidad y referidos a la unidad de salud	
	No de referencias de la comunidad para toma de PAP referencias para PAP que acudieron a la U de S	
	No de controles realizados a las puerperas en el domicilio	
	No de puerperas referidas a las unidades de salud	

DATOS GENERALES		
7	ATENCIÓN INTEGRAL A LA ADOLESCENCIA	
	No de captaciones a embarazadas adolescentes en la comunidad	
	No de abortos domiciliarios en adolescentes	
	No de actividades realizadas con adolescentes en las comunidades	
	a) Obras de teatros	
	b) Higiene y limpieza en las comunidades	
	c) Charlas a otros adolescentes en las comunidades	
	d) Otras	
8	INICIATIVA DE UNIDAD AMIGA DE LA NIÑEZ	
	No de clubes de embarazadas en las comunidades	
	No de reuniones con los club de embarazadas	
	No de capacitaciones sobre lactancia materna impartidas en la comunidad	
9	Actividades realizadas por actores comunitarios	
	Total de referencias enviadas	
	No de referencias enviadas por parteras	
	No de referencias enviadas por brigadistas	
	No de referencias enviadas por lideres de casas Bases	
	No de referencias enviadas por otros actores comunitarios	
	No de niños <5 años atendidos en las casas bases	
	No de niños <5 años con EDA atendidos en las casas bases	
	No de niños <5 años con EDA referidos por lideres comunitarios	
	No de niños recién nacidos referidos por parteras.	
	No de embarazadas referidas por Parteras	
	No de embarazadas referidas por lideres comunitarios	
	No de púérperas referidas por parteras	
	No de entrega de materiales a parteras.	
	No de partos atendidos por parteras.	
	No de niños <5 años con IRA referidos por lideres comunitarios	
	No de Casas bases con vigilancia comunitaria positiva.	
10	Controles de focos	
	No de controles de focos realizados en la comunidad	

11.- CAPACITACIONES REALIZADAS

	Temas impartidos	No de horas utilizadas	Financiado por	No de participantes
Personal de salud				
Brigadistas				
Parteras				
Grupos de apoyo a la lactancia				
Col Vol				
Grupo de hombres				
Líderes de casas bases				
Red de mujeres				
Adolescentes				
Otros				

**REFERENCIA COMUNITARIA
SILAIS- CARAZO**

MUNICIPIO: _____ COMUNIDAD: _____

Nombre y apellidos:-----

Edad: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Responsable de Casa Base _____

FIRMA _____

MOTIVO DE LA REFERENCIA

VACUNA: DESNUTRICIÓN: TOS:

EMBARAZO: PUERPERIO: CALENTURA:

RONCHAS: DIARREA: MÁS de 2 días:

CATARRO: OTRAS:

**CONTRARREFERENCIA COMUNITARIA
SILAIS CARAZO.**

MUNICIPIO: _____ COMUNIDAD: _____

Nombre y apellidos:-----

Edad: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Trabajador de _____

salud: _____ FIRMA-----

MOTIVO DE LA CONTRAREFERENCIA

MOTIVO PARA LA
CONTRARREFERENCIA: _____

RECOMENDACIONES: _____

OBSERVACIONES: _____

**SISTEMATIZACION DEL MODELO DE TRABAJO COMUNITARIO
IMPLEMENTADO EN EL SILAIS – CARAZO
1998- 2001**

INFORME FINAL DE TRABAJO DE TESIS

MAESTRIA EN SALUD PUBLICA POR ENCUENTRO 2000 - 2002

Anexo 3.

Resultados de entrevistas a grupos focales.

RESULTADOS DE ENTREVISTA A GRUPOS FOCALES DE TRABAJADORES DE SALUD Y ACTORES COMUNITARIOS EN LOS DIFERENTES MUNICIPIOS.

Para la obtención de la información se utilizó el método de indagación con grupos focales integrados con informantes claves. Se constituyó un grupo focal de 20 personas del personal de salud entre médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería que habían participado en la implementación del modelo desde sus inicios hasta la fecha a los cuales se les impartió un seminario sobre sistematización para ir construyendo en conjunto con ellos todo el proceso de trabajo que íbamos a realizar. El seminario tuvo una duración de cinco días para profundizar en los aspectos relevantes del modelo y las lecciones aprendidas.

Se construyen las preguntas que se harían a los grupos focales de Trabajadores de salud y actores sociales y comunitarios.

Se hicieron dos grupos focales uno de trabajadores de la salud y otro de actores sociales y comunitarios los cuales dieron repuesta a las siguientes preguntas:

Criterios para la discusión del Modelo:

- a) **¿Desde cuando se realiza el trabajo comunitario en este departamento?**

Trabajadores de salud

Cinco personas responden que desde 1995 se empezó a hablar de este modelo pero que hasta que SAREM llegó se le dio la importancia debida y se conoció algo por escrito. Siete personas refieren conocerlo desde que llegaron al SILAIS a trabajar ya que en los otros lugares donde trabajan solo existía el trabajo de terreno donde no tenían mucho contacto con la comunidad organizada.

El resto coincide en asegurar que desde 1995 se lleva a efecto.

- b) **¿Quiénes han participado desde su inicio?**

trabajadores de salud

Todos coinciden que ha sido enfermería quienes han hecho realidad que está estrategia se haya podido desarrollar en los diferentes municipios pero que también la voluntad de los directores municipales por impulsarlo e involucrar a otros trabajadores de salud es lo que hace que el modelo tenga éxito.

- c) **¿Cómo se organizó a la comunidad?**

trabajadores de salud

Se tomó en cuenta las organizaciones ya existentes en cada comunidad o barrio de los diferentes municipios, reuniéndolos con sus líderes y proponiéndoles trabajar en conjunto con ellos en sus barrios eligiendo los comités de salud y ubicando las casas bases en los lugares que ellos señalaran, **se destaca que los lugares donde más éxito se obtuvo en la organización de la comunidad es aquellas donde se respetó las organizaciones tradicionales de las localidades donde se trabajaba.**

“En los lugares donde no existía organización formal o no se lograba identificar, lo que hacíamos era invitar a los jefes de familia o algún miembro de las diferentes viviendas a una reunión para discutir aspectos de salud y posteriormente elegir el comité de salud”

“Este esfuerzo era agotador ya que éramos poco personal y las comunidades y barrios demasiado, pero valió el esfuerzo ya

que cuando se tuvo a todos organizados el trabajo en la comunidad era más fácil, ya que no teníamos que andar casa a casa sino que en las casas bases atendíamos y los del comité se encargaban de citar e invitar a las personas para el día que llegábamos"

" No siempre lográbamos la organización en las localidades fácilmente ya que las diferencias políticas y de vecindario limitaban el poderos reunir, ya que los de x partido no llegaban a la casa donde nos íbamos a reunir y los del otro no llegaban a la otra casa"

Para lograr la organización de una comunidad o barrio lo primero que se tiene que hacer es conocerlo y ubicar lugares neutrales donde toda la población pueda asistir a reunirse, **aprendimos que las escuelas y centros o puestos de salud son los lugares más neutrales ya que las iglesias o casa de habitación no permite que determinado sector asista.**

d) ¿ Cómo se vinculó el centro de salud con la población organizada?

trabajadores de salud

A través del trabajo permanente en las localidades, de las reuniones efectuadas en cada sector.

La sectorización de los municipios ayudó mucho así como la asignación de un recurso humano de enfermería para atender cada sector, quienes eran el vínculo directo entre los líderes de la comunidad y la unidad de salud, la organización de las casas bases que se convierten en los lugares de vigilancia en salud comunitaria, el líder de casa base reporta inmediatamente cualquier emergencia a la unidad de salud más cercana.

e)¿ Cómo es la participación de la comunidad en los asuntos de salud?

Trabajadores de salud

Cuando se logra motivar a la comunidad, se le da seguimiento continuo y repuesta a sus demandas la participación es positiva lográndose que participen en las diferentes actividades que se programan en la localidad.

Si están bien informados y capacitados la repuesta es aún mucho mayor.

"Tenemos comunidades donde los comités de salud, el líder de casa base y los brigadistas tienen sus planes y ellos mismos solicitan al personal de salud encargado de su sector participar en jornadas de higiene de su sector u otra actividad"

"En algunas comunidades es difícil integrar a la comunidad en las actividades de salud esto es por que creen que el ministerio de salud es el que tiene la obligación de hasta ir a limpiarles la casa o por que no han tenido una atención muy buena de la unidad de salud"

en estas últimas hemos aprendido que si se les da una asistencia mayor, se priorizan y se involucra a sus líderes en los procesos de trabajo se logra una mayor participación de las mismas.

Otra de las cosas que hay que tomar en cuenta para que la gente participe es las diferencias, no es lo mismo trabajar en comarcas que en barrios y dentro de estos últimos tener en cuenta las zonas marginales y las zonas residenciales, las estrategias son diferentes ya que los intereses no coinciden y el arte del trabajador de salud es identificar las necesidades de cada uno para lograr su participación en los asuntos de salud.

“Uno de los barrios que más me costó que participará en los asuntos de salud fue el del centro del municipio, eran otros intereses, allí no habían problemas de letrinas, de agua ni de desnutrición, ni necesitaban de casas bases ya que tenían cubiertos los costos de salud de sus familias, además no asistían al centro de salud ya que tenían su médico privado y algunas hasta su enfermera privada. El único grupo organizado era el de las señoras de la iglesia católica así que no me quedo más remedio que aliarme con ellas y me fui a hablar con su líder exponiéndole que allí en ese mismo barrio habían familias con necesidades en salud y en extrema pobreza y que además habían jóvenes con los que podríamos trabajar alejándolos de la vagancia y previniendo que cayeran en las drogas u otros problemas y que ella podían ser las personas que nos ayudarían a organizar estos grupos, también les hablamos de los crónicos y como organizarlos, nos apoyaron y hoy ellas son las que atienden al grupo de diabéticos y consiguen la insulina de los que no tienen como comprarlos, visitan las familias de escasos recursos del barío y nos la llevan a la unidad de salud cuando tienen problemas o nos llaman para que vayamos a verles”

Entorno en que se desarrollo el modelo.

¿ Cómo influye en su comunidad la situación económica, política y social?

Actores comunitarios

“En mi comunidad la mayoría de la gente está sin trabajo, las personas se han ido para otros países a buscar la vida ya que aquí no hacemos nada, lo poco que sembramos no alcanza y la demanda de los chavalos cada día es más grande”.

“Antes la política había creado división en nuestro barrio hoy la misma situación económica que estamos viviendo hace que nos unamos para salir adelante, hay, que los políticos que son los que están bien se peleen allá arriba nosotros nos necesitamos”

“aquí nos hemos organizado para buscar como nuestros hijos tengan salud y puedan ir a la escuela aunque sea con un bocadito de comida y para ello trabajamos con la soya, preparamos todo tipo de alimentos y nos dice la enfermera que eso le da fuerza y energía a los niños.

“ En mi barío se ha incrementado la delincuencia con decirle que ni ropa puedo dejar tendido en los alambres por que se la llevan, y sabe lo que más me duele es que son niños de entre 5 y 10 años los que andan en esa vida y muchas veces son los mismos padres los que los obligan”

“la situación es triste usted va a ver niñas de 11 años ya prostituyendose por cuatro centavos, ¿cuándo se había visto esto en Jinotepe?”

¿Qué problemas de salud relevante hay en su sector?

Actores comunitarios

“Aquí lo que más va ver usted es a los chavalos mocosos y con diarrea, ahora con las lluvias se han alborotado los zancudos”

“En mi barrio no todas las casas tienen letrinas y hay un montón de niños con parásitos”

“Últimamente los niños han aparecido con un roncherío que no sabemos que es.

“ A mi lo que me da pesar es ver ese poco de viejitos enfermos y que no tienen con que comprar sus medicamentos”

Trabajadores de salud.

Diarea, IRA, Muertes perinatales, Dengue, problemas higiénico sanitarios, embarazo en adolescentes, Violencia Intrafamiliar.

¿ Cómo se organiza el trabajo comunitario y cuales son las funciones del trabajador de salud comunitario y de los grupos organizados?

Actores comunitarios

A las comunidades y a los barrios llega la enfermera quien se reúne con nosotros, nos expone como podemos trabajar para mejorar la salud de la gente de nuestra comunidad y la importancia de estar organizados para buscar ayuda.

Discutimos los problemas de salud que nosotros vemos están pasando en nuestro barrio y luego entre todos buscamos como podemos hacer para mejorarla, realizamos con la enfermera un plan de trabajo donde establecemos las responsabilidades que cada quién asume.

De ese plan vemos que problemas no podemos solucionar nosotros y elaboramos proyectos que luego buscamos quien nos ayude, de esto se encarga el comité de salud que es como nos organizamos en la comunidad.

En cada comarca o barrio se han organizados las casas bases, en ellas se lleva la vigilancia de los principales problemas de salud de la comunidad, el líder de casas bases está capacitado por el personal de salud para realizar actividades de promoción y prevención de salud, son los encargados de detectar a todas las embarazadas y referirlas al centro de salud para su control, dar sueros orales a los niños o personas con diarrea, se coordinan con los brigadistas de la comunidad y las parteras para realizar estas labores, algunos de ellos han recibido entrenamiento con plantas medicinales y las utilizan en sus comunidades, otros se han capacitado con profamilia sobre métodos anticonceptivos y tienen puestos de distribución.

“ Nosotras enviamos al centro de salud a la persona con un papelito que las enfermeras nos han dado allá las atienden y en el mismo papelito nos mandan a decir que tenemos que hacer para seguir ayudando en la comunidad a la persona.

“Cualquier problema que detectamos en la comunidad inmediatamente mandamos un mensaje con algún brigadista al centro de salud o con el chofer del bus que va para el pueblo para que envíen a la brigada a la comunidad”

“ El otro día en el cerro la gente empezó con una diarrea que yo creí que se iban a morir a pesar de que les daba suero y les hacía algunas inteligencias no lográbamos que se les cortara, mandamos a llamar a la gente del centro de salud, llegó la enfermera que nos atiende con la brigada y empezaron a trabajar con nosotros, el médico atendía a los enfermos y la enfermera tomaba muestras de heces y de agua. Nos dijeron que el problema estaba en el ojo de agua ya que allí bebían los animales agua, se lavaba la ropa, nos bañamos y bebíamos agua. Hicimos un pequeño proyecto y con Plan Internacional ONG que trabaja en esta comunidad construimos un pozo y le pusimos una bomba de

mecate y desde ese día las diarreas han disminuido en esta comunidad y siempre estamos vigilando que la gente no ensucie el agua.

Trabajadores de salud.

Lo primero que hacemos es la sectorización del municipio, asignamos un recurso de enfermería por sector que es la encargada de facilitar el proceso de búsqueda de la salud de ese lugar, para ello se coordina con los líderes locales con quienes realiza diagnóstico comunitario y plan de acciones conjuntas para el desarrollo de la salud del sector, barrio o comarca.

Los líderes comunitarios eligen en conjunto con la población el comité de salud y la ubicación de las casas bases, posteriormente se empieza la capacitación a los comités de salud y líderes de casas bases en el sistema de vigilancia comunitaria y referencia y contrarreferencia comunitaria, que son las funciones que estos grupos realizan.

La enfermera comunitaria tiene como función principal el servir de facilitadora a los agentes comunitarios en la búsqueda de la salud de la población de sus comunidades o barrio, apoyarlos en la organización, diagnóstico, planificación y elaboración de proyectos así como coordinar con ellos las captaciones de mujeres embarazadas, niños para vacunar, jornadas de higiene y limpieza y vigilancia de cualquier problema de salud en su localidad.

Componentes del modelo.

¿Qué es la participación comunitaria?

Actores comunitarios

Cuando nosotros organizadamente discutimos lo que está pasando en nuestro barrio, decidimos lo que vamos a hacer para

mejorarlo y vamos a buscar ayuda para nuestros proyectos estamos participando.

El poder ayudar a nuestra gente a mejorar su salud estamos participando en la búsqueda de una comunidad saludable.

Nos estamos capacitando para poder participar en las discusiones que las diferentes instituciones tienen y poder decidir en lo que a nuestra comunidad le conviene.

El estar organizados y ejecutando proyectos, el visitar a nuestra gente, el poder reunirlos para decidir lo que vamos a hacer eso es participación comunitaria.

Trabajadores de salud

Cuando la comunidad está organizada y participa activamente desde el diagnóstico de los problemas de la comunidad hasta la evaluación de los resultados de las diferentes acciones, en las diferentes instancias de poder local.

Cuándo la comunidad organizada puede tomar decisiones sobre su propia salud y la de su comunidad.

Cuándo la comunidad es capaz de gestionar proyectos y luchar por la salud de su gente.

¿Qué piensan que es el trabajo comunitario?

Trabajadores de salud

El trabajo comunitario es aquel que realizamos los trabajadores de salud con la población organizada, impulsando acciones de

prevención, promoción y asistencia básica a los principales problemas de salud.

Actores comunitarios

el trabajo comunitario es aquel que hacemos cuando nos unimos para buscar como resolver nuestros problemas ya sean de salud o de desarrollo local.

¿ Qué opinan de la autogestión y el desarrollo sostenible?

Trabajadores de salud.

" la autogestión se da en el trabajo comunitario cuando los comités de salud elaboran sus proyectos y ellos mismos buscan quien se los financien de esta manera logran el desarrollo de sus comunidades."

"Es sostenible porque desde que conocen sus problemas buscan alternativas para resolverlos ya sea a través de la solidaridad entre ellos mismos o a través de proyectos que gestionan"

"No es tan fácil eso de la autogestión sobre todo cuando en este país lo político impera hasta para conseguir dinero para un proyecto, pero por lo menos la gente sabe los problemas que tienen y se les da herramientas a través de la capacitación para la búsqueda de soluciones"

Actores comunitarios.

" Nos ha costado mucho buscar quien nos ayude a resolver nuestros problemas en la comunidad, ya no es como antes la

gente no quiere organizarse, cada quien busca como resolver su situación y al resto que se lo lleve el carajo"

" Desde que pertenecemos a la multisectorial hemos buscado alternativas de solución, desde organizar a la gente de las comunidades para detectar los problemas y ver como ellos pueden hacerse cargo de algún proyecto que venga a través de la alcaldía"

" Para que en nuestra comunidad haya un desarrollo sostenible se necesita de educación, trabajo y que los políticos dejen de dividimos, fijese que aquí en mi comunidad teníamos dos comités uno de ellos era de "x" partido y el otro de otro partido no nos poníamos de acuerdo, vino un proyecto de agua para la comunidad y como no nos entendíamos casi lo perdemos hasta que hicimos un alto y desde entonces nos dimos cuenta que si no estamos unidos nadie se va a preocupar por nosotros y seremos los culpables de no salir del hoyo en que estamos"

¿ Por qué es importante participar en el trabajo comunitario?

Actores comunitarios.

" por que nos ayuda a conocer los problemas que tenemos, las enfermeras nos enseñan como hacerlo y como podemos tratarlos"
"Al estar organizados tenemos mejores posibilidades de participar en la multisectorial y decirles a la alcaldía y directores de instituciones gubernamentales lo que sucede en nuestra comunidad y como nosotros creemos que se deben hacer las cosas"

" Antes las enfermeras solo venían a vacunar o andaban casa por casa buscando a la gente, ahora se reúnen con nosotros par hablar sobre lo que pasa aquí mientras ellas no vienen, nos capacitan para estar pendiente de cualquier enfermedad peligrosa

para el pueblo, tenemos las casas bases donde al dueño de la casa se le enseña y se le deja sueros orales, pastillas para ayudarnos ya que aquí no hay farmacias"

" es importante porque ahora sabemos como cuidarnos y reclamar nuestros derechos"

¿ Que han aprendido de esta experiencia en: Higiene ambiental, Salud sexual y reproductiva, inmunizaciones, Violencia intrafamiliar y adolescentes?

Higiene ambiental.

Actores comunitarios.

" Las enfermeras nos han capacitado en como vivir aseados en nuestras casas y comunidad, cada mes estamos programando jornadas de higiene y limpieza, en donde quemamos la basura, limpiamos nuestras calles y damos charlas a nuestra gente."

"Los brigadistas visitan las casas para hablar con las señoras de la casa sobre la importancia de tener los animales domésticos en lugares adecuados, en la eliminación de las charcas, el uso adecuado de las letrinas"

" también nos han explicado la importancia de cuidar nuestra tierra, por ello hemos hablado con la gente del Ministerio de agricultura (MARENA) y ya estamos reforestando la orilla de los ríos"

Trabajadores de salud.

" Hemos realizado coordinaciones con otras instituciones para capacitar y planificar acciones para el cuidado del medio ambiente, tenemos al Ministerio de educación

(MECD), MARENA, Asociación para el desarrollo de Carazo (ADECA), Asociación San Lucas que junto con los clubes de adolescentes, brigadistas y comités de salud se realiza la reforestación y las jornadas de higiene y limpieza"

"Podemos decir que hemos logrado letrificar todas las comunidades que atendemos y sensibilizar a las personas y familias en el uso adecuado del mismo, lo cual ha disminuido el fecalismo al aire libre y así las enfermedades"

" El diagnóstico comunitario que hicimos casa a casa dice que solo un 10% de las viviendas en nuestro municipio no tienen letrinas".

Salud sexual y reproductiva y violencia intrafamiliar.

Trabajadores de salud.

"Este es uno de los componentes del modelo que más hemos desarrollado, para aumentar las coberturas de los programas de fertilidad humana, puerperio, captación de embarazadas, citología vaginal, exámenes de mamas, infecciones de transmisión sexual y prevención de la violencia intrafamiliar."

" las captaciones las hacemos a través del sistema de referencia comunitario donde los agentes comunitarios detectan a las embarazadas, a los niños y problemas de salud y los envían a las unidades de salud más cercana con la hojita que les dejamos"

" las redes de violencia intrafamiliar y los grupos de hombres nos han apoyado con la detección de casos de violencia intrafamiliar "

Actores comunitarios.

" desde que nos capacitaron en violencia intrafamiliar nuestra red ha detectado varios casos de violencia y en conjunto con la gente del centro de salud y la asociación de mujeres hemos logrado sacar adelante a las mujeres que tenían este problema"

" las enfermeras nos han dicho como debemos las mujeres cuidarnos para no tener problemas de salud y cuidar a nuestra familia, como no tener tantos hijos"

" Fíjese que antes los hombres de esta comunidad no permitían a las mujeres que fueran al puesto de salud ya que decían que lo que nos estaban enseñando era libertinaje y que después hasta se la podíamos pegar, desde que se les ha organizado a ellos y enseñado sobre cuidados de salud las cosas han cambiado, ahora ambos acuden al puesto de salud"

Inmunizaciones.

Trabajadores de salud.

"La participación comunitaria fue una estrategia del Ministerio de salud a raíz de los años ochenta en las Jornadas Nacionales de vacunación, donde se involucraba a todas las estructuras organizativas en las comunidades e instituciones gubernamentales para lograr las coberturas. La participación en estas jornadas era la organización de las comunidades para apoyar con sus viviendas los puestos de vacunación y los brigadistas hacían la promoción para que todos asistieran, las instituciones apoyaban con sus

vehículos y conductores, era una amplia participación en estas actividades"

" La participación después de esta época ha tenido altas y bajas por lo que el personal adopto por vacunar casa a casa para garantizar más cobertura de los biológicos"

" con la estrategia de trabajo comunitario se retomó los puestos de vacunación no solo en jornada sino cuando se visitan las casas bases y los miembros del comité de salud y brigadistas con anticipación visitan los hogares de sus comunidades haciendo conciencia de la importancia de la vacunación logrando que estos lleguen a la casa base y los renuentes nos lo tienen en una lista par nosotros ir a convencerlos de esta manera garantizamos que no se nos escape ningún niño ya que como ellos viven allí conocen a todos hasta los nuevos que nacen, los que se van y los nuevos que llegan"

Actores comunitarios.

" Antes las pobres enfermeras andaban casa a casa cargando el termo y todo lo demás, cansadas, ahora llegan directo a la casa base y ya nosotros tenemos reunidos a las mamás y los niños para que los vacunen y cuando hay algunos que no quieren los anotamos en una lista para que ellas lo vayan a visitar y tratar de que se vacunen"

" En nuestra comunidad son pocos los niños que no tienen todas sus vacunas, por que nosotros tenemos el censo y estamos pendientes de quien no está vacunado para cuando vengan las enfermeras los vacunen"

" Hay mamás que no les gusta vacunar a sus niños, sobre todo cuando son inyectados ya que dicen que se les inflama y les da

calentura. Las enfermeras nos han dicho que es normal que les den calenturas ya que la vacuna de esta forma los protege y lo que tienen que hacer es darle una acetaminofen para que se les baje la calentura, ahora nosotros también le decimos a la mamá esto para que los dejen vacunarse".

" Cuando va a ver jornada de vacunación nos reunimos el comité de salud con la enfermera y preparamos lo que vamos a hacer para que ese día la gente pase alegre, aquí en la comunidad hay una señora que hace piñatas y nosotros les damos papel periódico, el centro de salud pone la olla, los caramelos y el resto de cosas para la piñata, buscamos al grupo de teatro para que anime y hable sobre las vacunas y así logramos que la comunidad además de vacunarse pase un rato alegre"

" Cuándo la gente del centro va ir a vacunar a nuestra comunidad, conseguimos los caballos ya que allí no se puede entrar más que a caballo"

Atención a los Adolescentes.

Trabajadores de Salud.

"Trabajar con adolescentes es nuevo en este SILAIS, cuando nos dijeron que íbamos a hacerlo no sabíamos como, hasta que con el proyecto SAREM se nos capacitó para hacerlo"

"Empezamos a formar los clubes de adolescentes en las comunidades y los incorporamos como una red dentro del trabajo comunitario, capacitándolos sobre embarazo en adolescentes, Salud reproductiva, violencia intrafamiliar, Proyecto de vida, enfoque de género"

"Algo que hizo que los jóvenes se animaran a estar en los grupos fue la preparación que hizo SAREM a través de los grupos de teatro quienes fueron entrenados por expertos en teatro popular como es el grupo de Amado Felipe y La Dorita, estos jóvenes posteriormente se desplazaban por las diferentes comunidades y a través de sus obras de teatro enseñaban aspectos relacionados con los temas que fueron capacitados, lo cual gustaba a la población y sensibilizaba a la gente para el cuidado de su salud"

Actores comunitarios.

" Esos muchachos son una joya, nos han enseñado con sus teatros como evitar la violencia intrafamiliar y como sufren los niños y jóvenes cuando en la casa hay violencia, eso ha hecho que muchos de nosotros busquemos ayuda"

"cuando nos invitaron a una reunión de la red de violencia, lleo el grupo de teatro del municipio y nos presentaron una obra que me impactó en el que una mujer era víctima de violencia y como en los juzgados se le violentaba más desde ese momento mire la importancia de estar en esta red y capacitar a mi gente para atender los casos de violencia intrafamiliar"

" los jóvenes hoy están entretenidos en sus grupos, aprenden como llevar una vida sana y ayudar a los demás y evitan que caigan en los vicios y la vagancia, yo creo que hay que seguir adelante con este trabajo".

Proceso del desarrollo del Trabajo Comunitario.

Trabajadores de salud.

¿ Qué opinión les merece las capacitaciones recibidas?

"Las capacitaciones nos han permitido fortalecernos y mejorar nuestra visión del trabajo con las comunidades, entender la importancia de la organización y planificación de las actividades con la participación de los grupos organizados para el desarrollo y el autocuidado de las mismas"

" Hoy podemos decir que tenemos los conocimientos para abordar los diferentes problemas de salud con las comunidades y buscar en conjunto soluciones"

" las capacitaciones han sido muy buenas ya que no solo oímos sino que aprendemos haciendo las cosas y eso hace que tanto nosotras como los actores comunitarios vallamos cambiando la situación de salud de las diferentes comunidades"

Actores comunitarios.

"Son buenisimas con decirle que ahora yo puedo sentarme con un grupo de gente de mi comunidad y hablarles de cómo evitar la violencia intrafamiliar o como hacer para ayudar a los que la están viviendo"

"Nos han enseñado que hacer cuando tenemos algún enfermo para que no se complique, como vigilar nuestra comunidad y como hacer proyectos para ayudar al desarrollo de la comunidad"

**SISTEMATIZACION DEL MODELO DE TRABAJO COMUNITARIO
IMPLEMENTADO EN EL SILAIS – CARAZO
1998- 2001**

INFORME FINAL DE TRABAJO DE TESIS

MAESTRIA EN SALUD PUBLICA POR ENCUENTRO 2000 - 2002.

Anexo 4.

Guía de evaluación del Modelo de Trabajo comunitario



MINISTERIO DE SALUD
SILAIS CARAZO

DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
SILAIS - CARAZO

**GUIA PARA LA EVALUACIÓN DEL TRABAJO COMUNITARIO EN LOS
DIFERENTES MUNICIPIOS DEL SILAIS – CARAZO**

ELABORADO POR: Lic. Vilma Patricia Quintana Campbell

APROBADO POR: _____
Dra. Olga Sánchez
Directora SILAIS – CARAZO

Jinotepe, Agosto 2002

I.- INTRODUCCIÓN.

Esta guía tiene como propósito que los diferentes municipios realicen una evaluación del trabajo comunitario que han desarrollado en el primer semestre del 2002, comparándolo con lo realizado en el primer semestre del 2001 valorando estas intervenciones desde la óptica de cómo les ayudó a mejorar la participación social en la resolución de problemas de salud de sus territorios y como ha contribuido al aumento de cobertura de los diferentes programas.

Se evaluará los componentes del modelo comunitario: Participación comunitaria, Organización Local, Cobertura de servicios, autogestión, Enseñanza – Aprendizaje.

Participación comunitaria: oportunidad que han tenido los actores sociales de intervenir en los cuidados de salud del individuo, familia y sus comunidades.

Organización local: Cómo organizamos nuestra unidad de salud en función de la eficacia, eficiencia y equidad del trabajo comunitario, como la comunidad está organizada para dar solución a los problemas de salud de sus comunidades y como se coordina institución de salud y comunidad en la resolución de problemas de salud.

Cobertura de servicios: cómo el trabajo comunitario ha contribuido a la disminución de los embarazos en adolescentes, mortalidad materna y perinatal. En el aumento de la cobertura del PAI. En los problemas higiénicos sanitarios. En la detección oportuna de patologías que representan un problema de salud en su municipio (Dengue, Malaria, CACU etc.)

Autogestión: capacidades que han desarrollado los agentes comunitarios en la gestión de proyectos o resolución de problemas de salud de sus comunidades.

Enseñanza – aprendizaje: Están utilizando las metodologías participativas en las capacitaciones a los actores sociales dónde compartimos conocimientos, dónde aprendemos haciendo . Describir la experiencia en este campo.

Esta evaluación debe tomar en cuenta los procesos económicos, políticos y sociales en que se ha visto inmerso la institución para la realización del trabajo comunitario.

El análisis nos permitirá readecuar el modelo a la situación actual en que estamos atravesando para dar respuesta a los problemas de salud de nuestro territorio.

II.- OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar los componentes del modelo de trabajo comunitario y los procesos que se desarrollaron en el primer semestre del 2002 comparándolo con los procesos que se dieron en el primer semestre del 2001 con el propósito de readecuarlo a las condiciones actuales de cada municipio.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Evaluar las condiciones organizativas y técnicas que facilitan el proceso de producción de salud impulsado en el modelo de trabajo comunitario.
2. Evaluar los procesos de capacitación a trabajadores de salud y actores sociales a través de los cambios observados en el comportamiento de los mismos.
3. Evaluar los procesos en que se desarrolla actualmente el sistema de registro comunitario y el sistema de vigilancia comunitaria comparándola con los procesos que se desarrollaron en el 2001.
4. Evaluar la producción de salud obtenida a partir de las acciones realizadas en el trabajo comunitario en el primer semestre del 2002 comparándola con la producción del 2001. Priorizando los principales problemas de salud del municipio. (Cobertura vacunas del PAI, Mortalidad materna y perinatal, Dengue, Malaria, SIDA, Intoxicaciones por plaguicidas, detección temprana Cacú, Condiciones higiénica sanitaria etc.)
5. Evaluar el grado de participación comunitaria en la resolución de los problemas de salud de las comunidades, analizando la eficacia de las técnicas que plantea el modelo de trabajo comunitario: Educación sanitaria, Comunicación social, organización comunitaria y Marketing social.

III.- INDICADORES A EVALUAR SEGÚN OBJETIVOS ESPECIFICOS.

La evaluación del modelo de trabajo comunitario se realizará en los ocho municipios del SILAIS – CARAZO y será realizada por el equipo de dirección de los municipios involucrando a las personas que trabajan directamente en el trabajo comunitario.

El tipo de estudio que realizaremos para esta evaluación será de tipo descriptivo exploratorio, analizaremos diferentes indicadores para cada objetivo específico propuesto, del análisis de estos indicadores y el cruce de las diferentes variables lograremos tener una evaluación exhaustiva que nos lleve a una buena toma de decisiones en el recadecuamiento del mismo.

Para los propósitos de esta evaluación analizaremos la viabilidad, los efectos, (comportamientos, factores de riesgo, tasas de enfermedad), costo, otras consecuencias y el proceso en que se desarrolla el modelo de trabajo comunitario.

Viabilidad: El grado en que fue posible implementar el modelo de trabajo comunitario en el semestre pasado y en el actual y los resultados se basarán en los datos del sistema de registro existente en la unidad de salud municipal.

Efecto: La evaluación del efecto se hace para valorar si se han logrado los objetivos principales e intermedios a través de los indicadores propuestos en los distintos objetivos de la propuesta del trabajo comunitario.

Proceso: Se realizó según las tendencias que se esperaban en la realización de las actividades a ejecutarse en el trabajo comunitario y cuales fueron las variables intercurrentes que no permitieron cambios.

Costo: Mide los recursos totales que se necesitan para realizar el trabajo comunitario en su municipio y la forma como se asignaron.

Otras consecuencias: se evalúa las consecuencias no buscadas. Ejemplo: puede haber consecuencias positivas y negativas para la salud, pueden surgir consecuencias socio económicas, sociales y afectivas que también pueden ser positivas o negativas.

INDICADORES A EVALUAR SEGÚN OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VARIABLES				FUENTE DE INFORMACIÓN	METODO O TÉCNICA DE RECOLECTA
	VARIABLE	DEFINICIÓN	VALOR	ESCALA		
3. Evaluar los procesos en que se desarrolla actualmente el sistema de registro comunitario y el sistema de vigilancia comunitaria comparándola con los procesos que se desarrollaron en el 2001.	Referencia y Contrareferencia comunitaria	Forma de comunicación entre los actores comunitarios y la unidad de salud respecto a problemas de salud de las personas o familias que atienden.	No de referencias que envía la comunidad y contrareferencias que envía la unidad a la comunidad.	0 al 100	Registro de referencias y contrareferencias comunitarias de la unidad de salud.	Revisión documental.
	Enfermedades y problemas de salud que más refiere la comunidad a las unidades de salud.	Comunicación establecida entre actores comunitarios y trabajadores de salud ante los problemas de salud de la comunidad.	Listado de enfermedades y problemas de salud que más refiere la comunidad a la unidad de salud.	Listado y No de casos.	Registro de referencias y contrareferencias comunitarias de la unidad de salud.	Revisión documental.

INDICADORES A EVALUAR SEGÚN OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VARIABLES				FUENTE DE INFORMACIÓN	METODO O TÉCNICA DE RECOLECTA
	VARIABLE	DEFINICIÓN	VALOR	ESCALA		
<p>4. Evaluar la producción de salud obtenida a partir de las acciones realizadas en el trabajo comunitario en el primer semestre del 2002 comparándola con la producción del 2001. Priorizando los principales problemas de salud del municipio. (Cobertura vacunas del PAI, Mortalidad materna y perinatal, Dengue, Malaria, SIDA, Intoxicaciones por plaguicidas, detección temprana Cacú, Condiciones higiénica sanitaria etc.)</p>	Productividad del trabajo comunitario	Analizar la productividad del trabajo comunitario en los diferentes programas y el aporte que este hace al aumento de las coberturas y al disminución de los problemas de salud.	Porcentaje de cobertura, captaciones, y controles realizados en el trabajo comunitario comparado con el total del municipio en cada programa y en los periodos correspondientes.	0 al 100 %	Informes de series cronológicas . Informe de trabajo comunitario. Informes de programas	Revisión documental Discusión y análisis del equipo de dirección municipal.

INDICADORES A EVALUAR SEGÚN OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

OBJETIVOS ESPECIFICOS	VARIABLES				FUENTE DE INFORMACIÓN	METODO O TÉCNICA DE RECOLECTA
	VARIABLE	DEFINICIÓN	VALOR	ESCALA		
5. Evaluar el grado de participación comunitaria en la resolución de los problemas de salud de las comunidades, analizando la eficacia de las técnicas que plantea el modelo de trabajo comunitario: Educación sanitaria, Comunicación social, organización comunitaria y Marketing social.	Educación sanitaria	Proceso de intercambio de conocimientos entre trabajadores de salud, actores comunitarios y población.	% de talleres impartidos con metodología participativas a actores comunitarios.	0 al 100	Planes de capacitación .	Revisión documental.
			Porcentaje de estos temas que los actores comunitarios han transmitido a la población a través de educación individual o colectiva.	0 al 100	Informes de Seguimiento de las capacitaciones que se imparten a los actores comunitarios.	Revisión documental
	Comunicación social.	Proceso de sensibilización, motivación o creación de opinión pública en torno a los problemas de salud	% de propaganda en torno a los principales problemas de salud del municipio en este semestre, (%por cada medio de propaganda utilizada)	0 al 100	Informes registrados en las unidades de salud sobre propaganda realizada. Afiches, moscas, boletines, papeletas u otros medios	Revisión documental. Verificación.

INDICADORES A EVALUAR SEGÚN OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OBJETIVOS ESPECIFICOS	VARIABLES				FUENTE DE INFORMACIÓN	METODO O TÉCNICA DE RECOLECTA
	VARIABLE	DEFINICIÓN	VALOR	ESCALA		
5. Evaluar el grado de participación comunitaria en la resolución de los problemas de salud de las comunidades, analizando la eficacia de las técnicas que plantea el modelo de trabajo comunitario: Educación sanitaria, Comunicación social, organización comunitaria y Marketing social.	Organización comunitaria	Es la organización existente en sus localidades para la coordinación y búsqueda de alternativas a los principales problemas de salud.	Porcentaje de comités de salud existente en el municipio del total de sectores existentes.	0 al 100	Informe de trabajo comunitario	Revisión documental
			Del total de comités existentes que porcentaje está activo	0 al 100	Expedientes de sectores.	Revisión documental.
			Comité multisectorial activo e involucrándose en los problemas de salud del municipio.	Bastante Poco Nada.	Actas de reunión de las multisectoriales	Revisión documental.
			Actores que más se involucran en la resolución de los problemas de salud municipal.	Listado	Actas de reunión de las multisectoriales	Revisión documental.

IV.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LAS VARIABLES SEGÚN OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Cuando ya tenemos la información cuantitativa de las variables según los objetivos específicos procedemos con el equipo de dirección del municipio y los trabajadores de trabajo comunitario a la discusión de los resultados.

Analizar algo significa separar sus partes, examinar cada una de ellas, así como sus interrelaciones. En ésta evaluación se lleva a cabo analizando cada una de las variables y estableciendo como se relaciona con las otras, debe ser este análisis de tipo cuantitativo y cualitativo debiendo llegar a la interpretación o sea plantear la explicación de lo encontrado en los datos de las variables.

Está es la parte más importante de la evaluación ya que nos permite conocer las limitaciones, lo que nos ayudo a superar las dificultades, las lecciones aprendidas, señalar algunas actividades planteadas en el modelo de trabajo comunitario que no se pueden realizar por accebilidad presupuestaria o geográfica o por escasez de recursos humanos etc.

Se debe tomar en cuenta en el análisis el plan operativo del modelo de trabajo comunitario para ir comparando lo que se ha realizado con lo que nos proponíamos realizar, las adecuaciones que se han hecho sobre la base de las realidades locales y las priorizaciones sobre la base de que se ejecutan.

Al realizar la exposición de la evaluación se debe presentar los resultados de la discusión donde se analizaron las causas, los efectos. Las limitaciones, logros, estrategias utilizadas y propuestas para corregir las dificultades encontradas.