

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN - MANAGUA

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PUBLICA.

TRABAJO DE TESIS
PARA OPTAR AL TITULO DE
MASTER EN SALUD PUBLICA

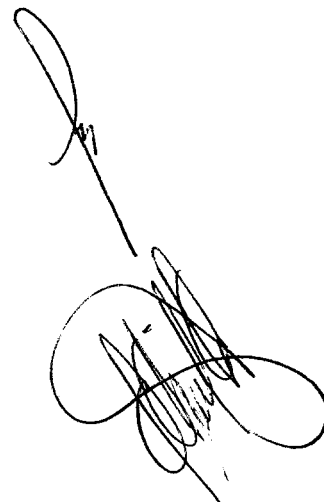
PARTICIPACION COMUNITARIA, SU RELACION
CON EL MODELO DE ATENCION EN SALUD EN BARRIOS
COSTEROS DE MANAGUA

Abril 1996 - 1997

Autores: Dra. Thelma Noguera Morales.

Tutores: Lic. Manuel Martínez.

Managua, 1999



Manuel Martínez

INDICE

CONTENIDO	Página
INTRODUCCIÓN.....	2
Antecedentes y Justificación.....	4
Planteamiento del Problema.....	6
OBJETIVOS	
Objetivo General.....	7
Objetivo Específicos	7
MARCO DE REFERENCIA	
Comunidad y Participación Social.....	8
Evolución Histórica de la Participación en Salud.....	12
La Participación Comunitaria en Salud en Nicaragua.....	15
DISEÑO METODOLÓGICO.....	18
Recolección y Fuentes de Información.....	19
Plan de Análisis.....	20
Cruce de Variables.....	20
RESULTADOS.....	25
Agentes Comunitarios.....	25
Informantes Claves.....	27
Grupos Focales.....	29
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	30
Generalidades de los Barrios.....	31
Agentes Comunitarios.....	32
Informantes Claves.....	34
Grupos Focales.....	36
CONCLUSIONES.....	37
RECOMENDACIONES.....	39
ANEXOS	
Cuestionarios	
Tablas	
Bibliografía	

RESUMEN

Se realiza estudio de tipo descriptivo sobre Participación comunitaria, su relación con el modelo de atención en 10 barrios costeros de Managua, Abril 1996–1997, S/LAIS Managua.

El universo lo constituyeron los actores sociales que intervienen en acciones de salud en dichos barrios, siendo la muestra seleccionada a criterio de las áreas de salud, a quienes corresponden los barrios, procediendo a la localización de dichos actores sociales en los barrios. Se aplicó instrumento de preguntas cerradas y abiertas previa prueba piloto. Se clasificaron en Agentes Comunitarios, Informantes Claves y tres Grupos Focales.

Los resultados obtenidos se obtuvieron 98 Agentes Comunitarios, 38 Informantes Claves y 30 pobladores de los barrios, siendo los más relevantes:

- El 69.3% se clasificó en los agentes comunitarios como Brigadistas Populares en Salud.
- El 49.7% de los Informantes Claves están representados por el Movimiento Comunal.
- El 45.1 % del total de entrevistados respondieron que la acción más desarrollada era la Jornada de Vacunación y el 26.6 % la Jornada de limpieza.
- El 100% de los Agentes Comunitarios expresaron que solo participan en la ejecución de las actividades.
- El 32.35% del total de entrevistados se abstuvo de expresar limitantes, el 14.3% respondió renuencia de la población.
- El 56.67 % de los pobladores menciona conocer a los Agentes Comunitarios.

Dentro de las recomendaciones cabe mencionar:

- Mantener un modelo de intervención de Educación Sanitaria que permita incidir en las prácticas sanitarias de la población.
- Motivar al personal de salud en la aceptación de los Agentes Comunitarios.

AGRADECIMIENTO

Al equipo docente del CIES que me motivo a la finalización de la presente.

Con respeto y cariño al tutor Lic. Manuel Martínez, por su apoyo incondicional el cual hizo posible completar de manera satisfactoria de este arduo trabajo.

A los compañeros del departamento de Presupuesto del SILAIS Managua por su apoyo logístico: Sr. Roberto Cuarezma Marengo, William Lacayo Mendiola.

A la Lic. María Luisa Bonilla, Señor Paul Callejas.

A todas las personas que de una u otra forma me apoyaron .

DEDICATORIA

A mis padres e hijo que estuvieron a mi lado en todo momento.

A mis hermanos.

A la licenciada Carmen María Reyes.

1. INTRODUCCION

En muchos países del mundo se ha desarrollado la Participación Social, la cual ha tenido diferentes formas que se expresan en dependencia de la organización de los Servicios de Salud y en menor escala de la voluntad política de los gobiernos. Así mismo también se refiere la existencia de obstáculos en los diferentes tipos y formas de Participación Comunitaria y de hecho mencionan como el más grande, la actitud o problemas del personal de salud en América Latina.

De acuerdo con la Política de Salud del Ministerio de Salud vigente desde 1993, la Participación Comunitaria en nuestro país, es un componente de la Participación Social, la cual se ha venido desarrollando de forma coyuntural obedeciendo a los intereses del sector salud y no como una práctica sistemática que contribuye a mejorar la calidad de atención en salud y con ello garantizar en gran manera el desarrollo del bienestar social de la comunidad; no obstante que también contribuye a mejorar la calidad de vida al obtener la satisfacción de sus necesidades básicas.

Esto significa que se tienen que buscar alternativas de solución, como es la de promover la Participación Comunitaria en la gestión de los servicios de salud, basada en un proceso de negociación, concertación y consenso que vaya dirigido a la identificación y solución de los problemas de salud.

Es por eso que este estudio tiene como objetivo “identificar el rol de la participación comunitaria en acciones de salud en los Barrios Costeros de Managua durante el período Abril de 1996 - Abril de 1997”. Estos barrios reflejan problemas de salud complejos debido a factores estructurales como consecuencia del deterioro de las condiciones de vida del país.

Con esto se pretende conocer como se han venido desarrollando las acciones de salud a través de los diferentes actores sociales de la comunidad, para mejorar el estado de salud de la población, la percepción de estos agentes de lo que es participación comunitaria y el rol de los servicios de salud. Esto permitirá en un futuro inmediato, desarrollar acciones específicas, sistematizadas, de parte de las autoridades del sector salud para una optimización de estos recursos comunitarios en lo que a salud se refiere.

Antecedentes y Justificación

Los compromisos que sustentan los derechos sociales establecidos por la Constitución Política de Nicaragua, señala para el campo de salud en su artículo 59 lo siguiente:

1. Todos los Ciudadanos Nicaragüenses, tienen derecho a la salud.
2. El Estado debe dirigir y organizar Programas, Servicios y acciones de salud y promover la participación comunitaria.
3. Es obligación de todo ciudadano acatar toda medida sanitaria en pro de la salud.

Nicaragua inicia en la década de los 90 un proceso de democratización y cambios políticos, económicos y sociales, que conllevan a condicionar o a buscar alternativas viables y factibles que permitan una red de servicios de salud con la integración de la comunidad, como elemento básico en la identificación y determinación de los principales problemas sociales y de salud en un espacio-población determinado como línea fundamental de las Políticas Nacionales de Salud implementadas a nivel de los SILAIS.

Sin embargo, con la puesta en marcha de las políticas neoliberales se puso en evidencia un nuevo interés por la participación social en salud (participación comunitaria), orientada a compartir la responsabilidad con la población para contribuir al mejoramiento de la salud y de las condiciones de vida. Esto significa involucramiento de la población activa en todo el proceso de identificación de problemas de salud incluyendo los Sociales, toma de decisiones, ejecución de actividades, evaluación y busca de soluciones.

Estudios realizados en León, Jinotega y Managua, reflejan obstáculos de Organización a Nivel Institucional (Ministerio de Salud) que no aplica las políticas de participación comunitaria influyendo esto en las actitudes profesionales, no tomándose en cuenta las experiencias ni los factores culturales de nuestra población. lo que refleja movilizaciones masivas de la población para tareas o acciones de salud específicas.

Sin embargo las directrices de los Sitais para la Planificación y programación de las diferentes actividades de Capacitación y ejecución de las mismas, son verticales, financiadas por ONGS¹, a pesar de que el objetivo es enfrentar los problemas más relevantes de salud en el primer nivel de atención.

Con el presente estudio se busca analizar de la participación comunitaria como estrategia de la APS del SILAIS Managua, lo que a su vez permitirá conocer la percepción de los agentes comunitarios de los barrios costeros de Managua, con el propósito de utilizar los resultados para una activa y consciente participación del pueblo como sujeto de su propio desarrollo.

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Se plantea este estudio, tomándose como punto de referencia las diferentes actividades de salud desarrolladas en los distintos barrios costeros de Managua, y que considerando que existe una aparente integración comunitaria representada por la variedad de Actores Sociales; por esta razón se plantea la siguiente pregunta:

¿ Cuales son las características y el grado de desarrollo de la Participación Comunitaria en los Barrios Costeros de Managua, y como se ha correspondido con el Modelo de Atención a la Salud, durante el período de Abril 1996 - Abril 1997?

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL:

IDENTIFICAR EL ROL DE LA PARTICIPACION COMUNITARIA COMO PARTE DEL MODELO DE ATENCION DE SALUD EN LOS BARRIOS COSTEROS DE MANAGUA, DURANTE EL PERIODO DE ABRIL, 1996 - 1997.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Describir el contexto en que se desarrolla la Participación Comunitaria en el territorio en estudio.
2. Conocer el proceso de la Participación Comunitaria como estrategia en la atención primaria en los barrios costeros de Managua.
3. Identificar las estrategias desarrolladas por el personal institucional para la promoción de la Participación Comunitaria.
4. Identificar la percepción de los actores sociales sobre la participación comunitaria y el modelo de atención en salud.

4.-MARCO REFERENCIA

4.1.- Comunidad y Participación Social.

Un estado de salud satisfactorio, constituye uno de los principales requisitos para desarrollarse social, económica y personalmente, así como una dimensión importante de la calidad de vida, todos los factores políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, biológicos y de comportamiento, que pueden influir en beneficio o en deterioro de la salud. El sector sanitario no puede garantizar por sí solo las acciones de salud y las condiciones que hacen posible la salud.¹

El establecimiento y funcionamiento de Sistemas Locales de Salud efectivos y equitativos, y la implementación de la propia estrategia de Atención Primaria, requieren la participación de toda la población y de una gran variedad de organizaciones e instituciones, independiente de las instituciones formales de servicios de salud, pero que también llevan a cabo actividades que trascienden los límites tradicionales de esa infraestructura.

Los términos comunidad y participación social a menudo parecen emplearse indistintamente. Sin embargo, en el contexto de los Sistemas Locales de Salud, la salud comunitaria se refiere a las acciones individuales, familiares y de la comunidad para promover la salud, prevenir las enfermedades y detener su avance.

(¹ Congreso Internacional OPS. Carta de Ottawa, 1986.

En su mayor forma o sea, la participación consciente, se caracteriza por el conocimiento interno de los problemas, la identificación de las necesidades percibidas y la acción intencional para satisfacer las necesidades y resolver los problemas.

La participación social es un concepto más amplio, que se refiere a los procesos sociales a través de los cuales los grupos (incluidos los de la comunidad), las organizaciones, las instituciones, los sectores todos, los actores sociales a todos los niveles dentro de una zona geográfica determinada intervienen en la identificación de las cuestiones de salud u otros problemas afines y se unen en una alianza para diseñar, probar y poner en práctica las soluciones.

La participación social es por naturaleza sistemática, refiriéndose a la interacción de muchos actores dentro del Sistema Social. Significa que todos estos actores toman parte en las deliberaciones y decisiones sobre atención de la salud, incluyendo las decisiones sobre necesidades y prioridades, la asunción de las responsabilidades y obligaciones para la formulación de planes y adopción de medidas para promover la salud y evaluar los resultados.²

(² Participación Social OPS/OMS Sup. 1990, Pag 02-11

Los servicios de salud deben estar insertos en las comunidades, que deben definir sus propios objetivos, movilizar sus recursos y evaluar sus esfuerzos. Muchas de las experiencias de participación comunitaria nunca han salido de sus ámbitos locales para ser difundidas y evaluadas científicamente. Históricamente, la participación comunitaria ha sido un tema manejado con poco rigor científico y mucha intención política.³

La participación de la comunidad, componente indispensable de la salud familiar y comunitaria, también tiene varias conceptualizaciones. Entre las definiciones más difundidas pueden destacarse:

"Proceso de transformación de los individuos en función de sus propias necesidades y las de la comunidad, que crea en ellos un sentido de responsabilidad en cuanto a su bienestar y el de su comunidad, así como la capacidad de actuar consciente y constructivamente en el desarrollo" (OPS/OMS).

"Proceso mediante el cual el mayor número posible de habitantes toma parte en las decisiones que le afectan y asume la mayor responsabilidad posible en los programas y acciones de salud y bienestar, junto al personal del servicio local interesado (Dr. G. Molina).

(³ Participación de la Comunidad en la APS II Boletín, Bolivia 1983.

"Proceso social permanente a través del cual el sector comunitario defiende sus necesidades e interés en un plano de igualdad con los niveles políticos-administrativos.⁴

"Los procesos reflexivos y continuos fundados en la acumulación de experiencias, mediante los cuales las comunidades se organizan, realizan sus intereses, establecen sus necesidades y prioridades e intervienen sobre la realidad para alcanzar bienestar.⁵

Los antecedentes de la participación de la comunidad en la Atención Primaria de Salud (APS), surgen de experiencias históricas de múltiples comunidades, países y regiones del tercer mundo.

(⁴ Plutarco Naranjo \ Carlos Terán. Participación Comunitaria. Ministerio de Salud Pública, Quito, Ecuador 1990. Pag. 64-66

(⁵ Políticas, Estratégica y Líneas de Acción en Participación Comunitaria en Salud. Ministerio de Salud, Colombia, Nov. 1991. Pág. 23-27.

4.2.- Evolución Histórica de la Participación en Salud.

En 1963, la OMS en su primer informe de Comité de Expertos en Educación Higiénica, tiene como objetivos principales:

1. Hacer de la salud un patrimonio de la colectividad.
2. Capacitar a las personas para el desempeño de las actividades que deben emprender por sí mismas, ya sea individualmente o en pequeños grupos con el fin de alcanzar plenamente el estado de salud como lo define la OMS.
3. Fomentar el establecimiento y apropiada utilización de servicios de salud.⁶

En 1977, la XXX Asamblea Mundial de la Salud definió la meta social de: "Alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2,000 un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva."⁷

Un año después, en Septiembre de 1,978, 134 países se comprometieron en la Conferencia Internacional de ALMA-ATA U.R.S.S., impulsar la estrategia de APS para garantizar el cumplimiento de la meta social de "Salud para todos en el Año 2,000".⁸

(⁶ Panorama de la Educación para la Salud en México
U.A. Metropolitana, Xochimilco.

(⁷ ligación de la Estrategia de la Salud para todos OPS/OMS 1993.

(⁸ ibid 2

La diversidad de modelos socio - económicos y políticos en los países en desarrollo de la Región se manifiesta por la variedad en el grado y formas de participación de la comunidad en acciones de salud y en proceso de desarrollo.

El período desde la Primera Evaluación de la Salud para Todos en el año 2,000 en 1985, se caracterizó por la consolidación y extensión del proceso de democratización en la Región.

El nivel y naturaleza de la Participación Comunitaria deben de ser analizados en el contexto de estos procesos políticos generales, sobre todo en aquellos países que dicha participación se restringe o se limita.⁹

Existen diversos países de la Región que han logrado desarrollar estrategias como, la formulación de políticas que permite la gestión social (Bolivia), otros países han creado programas, oficinas o departamentos responsables por la promoción, Coordinación y Normatización de la participación Comunitaria en los Comités de participación Comunitaria; en Venezuela se conforman Juntas Socio - Hospitalarias.

En Bahamas, Belice y Surinam se ha concertado básicamente en las Organizaciones No Gubernamentales. En Cuba se desarrolla con las organizaciones sociales y de masa, a nivel local. En Montevideo se han creado comités zonales, en los condados de Estados Unidos de América se elabora Plan Gente Sana 2,000.¹⁰

(9 ibid 7

(10 ibid 7

En relación a las formas y niveles de participación que van desde una forma espontánea pasando por una inducida y terminando en una obligatoria; en relación a los niveles que pueden ser pasivos (Meramente Informativos) y activos (influencia, cooperación, cogestión hasta la auto gestión. Cabe mencionar que existen obstáculos que han limitado dicha participación anudado a problemas de guerra manipulación partidaria inaccesibilidad de los servicios y la comunidad, persistencia del saber y rechazo de lo popular, centralización de la gestiones.

Todo los países cuentan con algún tipo de participación y personal voluntario de la comunidad, predominio rural y urbana en Zonas postergadas, colaborando en programas específicos en algunos.

Otros países con agentes comunitario con tareas de promoción y atención básica de la salud (Bolivia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Perú). Movilizaciones masivas dirigidas al programa de inmunizaciones (Patronatos, Grupos Comunales, Iglesias, etc...).¹¹

La participación de la comunidad en salud es un componente fundamental de la Estrategia de Atención Primaria de Salud (APS). Sus antecedentes provienen de múltiples experiencias desarrolladas prioritariamente en comunidades, países y regiones de América Latina, Africa y Asia, en el mundo del subdesarrollo.

(11 ibid 7

4.3.- La Participación Comunitaria en Salud en Nicaragua.

En Nicaragua como en otros países la participación comunitaria esta determinada por el modelo socio económico y político, además del modelo del servicio de salud, por lo tanto se puede hacer énfasis que dicha participación a finales de los 70 se encontraban centralizada y gestionada con carácter político que no favorecían a las comunidades; surge en 1979 el movimiento revolucionario del Frente Sandinista, culminando en la caída del Régimen Capitalistas dando inicio a la organización social para dar repuesta al deterioro de la situación de salud mediante la ejecución de acciones limitada a programa de salud. (Inmunizaciones) logrando incidir en la erradicación de las enfermedades inmunoprevenible y bajar los índice de mortalidad materno infantil.

Fortaleciendo dicha acciones en la Campaña de la Defensa de la Vida del Niño (1988) que logra una participación masiva de la población y con ello se logra una integración de los servicio de salud (Puesto Médicos de Barrios, Casa Bases, Brigadistas de Salud, Consejo Populares de Salud, etc....); materializandose la verdadera participación Comunitaria.¹² Destacándose en este período la aplicación de enfoque epidemiológico en la disposición de los recursos y diferenciación de niveles resolutivos.¹³

(12 Martínez M. Manuel. Análisis de la política de salud y proceso de Participación Social. Nicaragua, 1982 - 1992. Agosto, 1993.

(13 Participación Social en Salud. Los Promotores voluntarios. NIC. 1991

La participación comunitaria en el contexto de los Sistemas Locales de Salud, se refiere a las acciones individuales, familiares y de la comunidad para promover la salud, prevenir las enfermedades y detener su avance. En su mejor forma, o sea, la participación consciente se caracteriza por el conocimiento interno de los problemas, la identificación de las necesidades percibidas y la acción intencional para satisfacer las necesidades y resolver los problemas. La existencia de red organizacional en la comunidad, facilita el funcionamiento grupal para la solución de la problemática en salud.¹⁴

En relación a la Participación Comunitaria desarrollada en Managua, dentro de las líneas de acción del SILAIS, se considera que ha alcanzado un grado mínimo de aceptabilidad, esto dado que persiste la centralización y la poca comunicación social en salud entre la comunidad y los servicios de salud; aún se puede asegurar que la actitud profesional incide en la debilitada participación en todos los componentes de Programación, Planificación y Ejecución de Planes concretos en el perfil de salud de la población.

14 Juárez Díaz, Ligia. et Participación Social para el fortalecimiento de los SILAIS Managua, 1992. Pág. 21.

En concreto la participación comunitaria se ha venido fortaleciendo al impartir talleres de capacitación al personal de salud ubicado a nivel local, (Puesto Médico), a Brigadistas de Salud con la finalidad de brindarle conocimientos básico - prácticos en el abordaje de los problemas de Salud de mayor relevancia e impacto de la Población y la importancia que tiene el proceso y tipo de relación entre la comunidad y servicio de salud que contribuya a la Atención Primaria en Salud. Estas Actividades se han venido Gestando y financiando por Organismos no Gubernamentales, dirigidos a sectores priorizados.

5.- DISEÑO METODOLÓGICO

Se define este de tipo descriptivo, comprende todos los actores sociales y Servicios de Salud existentes en los Barrios Costeros de Managua, en el período Abril 1996 - 1997.

El universo lo constituyeron todos los actores sociales en las cuatro Areas de Salud, abarcando a diez (10) barrios costeros que intervienen en las actividades sanitarias en el territorio objeto de estudio; se incluyó una "muestra por conveniencia" de habitantes como receptoras de las actividades desarrolladas y el otro lo constituyeron todos los actores sociales que tenían ingerencias en el desarrollo de las actividades sanitarias; cada actor social constituye la unidad de análisis. El punto de vista institucional fue otorgado por algunas entrevistas al personal de salud en las áreas.

La "muestra" fue escogida en base a criterios de selección, para la cual se hizo la solicitud del listado de los agentes comunitarios de las Unidades de Salud.

Se aplicó un instrumento (Cuestionario) con preguntas semi estructuradas, a informantes claves y un temario guía para realización de grupos focales.

Una vez elegida cada Unidad de Salud se visitó las casas de los agentes para establecer el primer contacto. En total se recogió información de 98 agentes comunitarios, 39 Informantes Claves y tres Grupos Focales.

5.1 RECOLECCION Y FUENTES DE INFORMACION

Las fuentes de información de las que se recogieron los datos de tipo primaria:

Se validó el instrumento previa capacitación a los encuestadores, dichas encuestas no fueron incluidos en el estudio.

1. Se realizó entrevistas semiestructuradas a informantes claves de los servicios de salud y representantes de la comunidad.
2. Se aplicó cuestionario con preguntas semiestructuradas a los actores sociales seleccionados de los barrios.
3. Se realizaron 3 grupos focales, que estuvieron constituidos de la siguiente manera:

En el grupo focal participaron, no menos de siete representantes de cada barrio, ni más de diez.

La muestra del estudio se conformó según los siguientes criterios de conveniencia:

1. *Situación higiénica-sanitaria del barrio.*
2. *Comportamiento de las enfermedades epidémicas.*
3. *Accesibilidad de los servicios (puestos médicos).*
4. *Existencia y participación de actores sociales.*

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES (DEFINICION OPERACIONAL)

DEFINICION	INDICADOR	VALOR
<p>ACTORES SOCIALES:</p> <p>Todo individuo u organizaciones afines en las acciones de salud desarrolladas en la comunidad.</p>		<p>Brigadistas de salud Promotores Integrales de Salud, Parteras, Casa Bases</p> <p>Movimiento Comunal, JOOFS, Personal de Salud, Otros.</p> <p>Población</p>
<p>EXPERIENCIA LABORAL</p> <p>Son los años que tiene un individuo en colaborar en las tareas de Salud a Nivel Local</p>	<p>Años de Colaborar</p>	<p>≤ 1 año</p> <p>1 – 5 años</p> <p>6 a 10 años</p> <p>Más de 11 años</p>
<p>PERCEPCION SOBRE PARTICIPACION COMUNITARIA</p> <p>Es la opinión del encuestado acerca de las políticas de Salud y participación comunitaria.</p>	<p>- Conocimiento sobre política de Salud</p> <p>- Conceptualización sobre participación comunitaria.</p>	<p>SI NO</p> <p>Adecuada Inadecuada</p>

DEFINICIÓN	INDICADOR	VALOR
<p>PROCESO DE PARTICIPACION</p> <p>Es la participación de los Actores Sociales en la Planificación estratégica a nivel local.</p>		<p>Completo: Si participa en todo el proceso.</p> <p>incompleto: Si participa en menos de dos.</p>
<p>TIPO DE PARTICIPACION</p> <p>Integración de los Actores Sociales en las actividades de salud a nivel local.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Activa: Integración espontánea y sistemática de actores sociales en acciones de salud. • Pasiva: Coyuntura Integración momentáneas de los actores sociales (Jornadas de Vacunación, ante desastres naturales). • Inducida: Es la participación de actores sociales por la insistencia del sector salud sobre la problemática en su territorio • Muta: No se obtiene respuesta de los actores sociales ante la problemática de salud de su territorio. 	<p>SI o NO</p> <p>SI o NO</p> <p>SI o NO</p> <p>SI o NO</p>

DEFINICIÓN	INDICADOR	VALOR
<p data-bbox="191 233 396 268">ESTRATEGIA</p> <p data-bbox="102 352 477 583">Abordaje a los actores sociales por parte del personal del MINSA a nivel local para desarrollar actividades de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="516 317 976 468">• Coordinación: Relación sistemática y sostenidas entre los actores sociales y sector salud. <li data-bbox="516 516 976 705">• Negociación: Mutuo acuerdo de los actores sociales y el sector salud ante problemática de salud. <li data-bbox="516 753 976 947">• Cooptación: Integración de los actores sociales en las acciones de salud con carácter impositivo <li data-bbox="516 995 976 1226">• Autogestión: Realización de gestiones sociales por los propios miembros de la comunidad en la solución de sus problemas. <li data-bbox="516 1274 976 1589">• Cogestión: Caracterizada por la apertura jurídica que lleva a que se incluya la participación de la comunidad y las instituciones y se reglamente dentro del Estado. 	<p data-bbox="1166 317 1344 352">SI o NO</p> <p data-bbox="1166 548 1344 583">SI o NO</p> <p data-bbox="1166 779 1344 814">SI o NO</p> <p data-bbox="1166 1016 1344 1052">SI o NO</p> <p data-bbox="1166 1337 1344 1373">SI o NO</p>

DEFINICION	INDICADOR	VALOR
<p data-bbox="115 237 479 268">TIPOS DE RELACIONES</p> <p data-bbox="103 310 479 464">Se refiere al grado de acercamiento del personal institucional y organismos comunales.</p>		<p data-bbox="997 237 1146 268">Excelente</p> <p data-bbox="997 321 1170 352">Muy Buena</p> <p data-bbox="997 405 1094 436">Buena</p> <p data-bbox="997 489 1068 520">Mala</p>

6. RESULTADOS

El universo de estudio estuvo constituido por 98 agentes comunitarios, 39 informantes y 3 grupos focales, conformados por participantes de 10 barrios costeros de Managua encontrándose los siguientes resultados.

6.1 AGENTES COMUNITARIOS

Del total de agentes comunitarios (98) se observa que le mayor porcentaje corresponde al área de Salud Silvia Ferrufino con el 35.7%, luego con el 26.5% el área Francisco Morazán. (Tabla N°. 1)

En relación a la clasificación de los agentes comunitarios, la modalidad con mayor porcentaje (69.3%) son brigadistas populares, y el 25.5% son promotores integrales de salud. (Tabla N°. 2)

En relación a los años de ser voluntarios, la mayoría (65.3%) ha participado de 1 – 5 años, un total de 26 contestaron tener de 6 a más años y una minoría con el 8.2% menor de 1 año. (Tabla No. 3)

Respecto al conocimiento de las políticas de salud, respondieron que no las conocían el 56% y un 44% refirieron conocerlas. (Tabla N°. 4)

En el 59.2% de los entrevistados conceptualizaron la participación comunitaria de una forma adecuada. (Tabla Nº. 5)

A cerca del tipo de participación en las acciones de Salud el 84.6% se refirió que es Activa y el 12.4% Pasiva. (Tabla Nº. 6)

Según las acciones de salud desarrolladas, el 81.56% son actividades de prevención (Vacunación, Abatización y Medicación) seguidas con la de Promoción con un 27.55% (Limpieza). (Tabla Nº. 7)

A cerca de la participación en la Planificación, programación, ejecución y evaluación el 100% participa de manera incompleta. (Tabla Nº. 8)

De acuerdo al tipo de estrategia utilizada por los servicios de salud para el desarrollo de acciones con los agentes comunitarios, el 55.8% expresó que es de coordinación. (Tabla Nº. 9)

En cuanto a la relación institucional fue catalogada en su mayoría (47.9%) como Buena y el 31.63% Excelente. (Tabla Nº. 10)

Sobre si existían limitantes en el desarrollo del trabajo comunitario el 38% no refirió limitantes y el 13.26% menciona la renuencia de la población a no obedecer las orientaciones educativas. (Tabla Nº. 11).

8.2 INFORMANTES CLAVES

En relación a la distribución de los informantes claves encontramos que el 41.02% corresponde al área de Salud Silvia Ferrufino, y el 20.5% al área de Salud Francisco Morazán y Sócrates Flores; el 17.94% al área de Salud Francisco Buitrago. (Tabla Nº.12)

La organización comunal mas representativa a nivel local es el movimiento comunal con el 48.71% y con el 33.33% los trabajadores de la salud, y en una minoría (7.69%) JCOP. (Tabla Nº. 13)

En relación a los años de colaborar con el MINSA un 28.20% tiene de 4 – 6 años, con el 25.64% los de más de 13 años y con el 21.05% de 1 – 3 años. (Tabla Nº. 14)

En cuanto a la participación en las actividades de salud la mayoría (78%) respondió que es activa y una minoría es Inducida o Pasiva (7.70%). (Tabla Nº. 15)

A cerca de las acciones desarrolladas son en su mayoría (33.3%) son de promoción: Limpieza y con el 30.7% de prevención: Vacunación. (Tabla Nº. 16)

En cuanto a las estrategias utilizadas por le personal de salud para solicitar apoyo en las acciones de salud predomina con el 79.4% la coordinación. (Tabla Nº. 17)

En relación a la clasificación de las relaciones con el MINSA, la mayoría con el 38.4% expreso como buenas y con el 20.5% muy buenas. (Tabla N°. 18)

De acuerdo a las limitantes se identificaron con el 12.8% el abastecimiento y actitud del personal de salud. (Tabla N°. 19)

6.3 GRUPOS FOCALES

Al preguntar a los pobladores sobre el conocimiento de agentes comunitarios, el 56.6% refirió que sí los conocen y la minoría que no. (Tabla Nº. 20)

El 50% opinó de forma positiva de los agentes comunitarios y una minoría (23.3%) se abstuvo de opinar. (Tabla Nº. 21)

En relación al tipo de actividades de salud realizadas por los actores sociales, el 23.3% son de prevención (Vacunación) y el 20% de promoción (Limpieza, Abatización). (Tabla Nº. 22)

En cuanto a la conceptualización de participación comunitaria el 70% reveló tener un concepto adecuado. (Tabla Nº. 23)

7 ANALISIS DE RESULTADOS:

Para facilitar la comprensión de los resultados, estos serán presentados en 4 acápite.

- a) Generalidades de los Barrios
- b) Agentes Comunitarios
- c) Informantes Claves
- d) Grupos Focales

FUENTE	NÚMERO	TIPO
a) Barrios	10	Acahualínea, Carrilo Chamorro, Carlos Reyna, Cristo del Rosario, Domitila Lugo, La Primavera, Monte Fresco, Rafael Ríos, San Sebastián, Santa Ana Norte.
b) Actores Sociales. Agentes Comunitarios	98	Brigadistas de Salud. Casas Base Parteras, Promotores Integrales de Salud (PIS). Colaborador Voluntario.
c) Informantes Claves		
• Comunidad	31	Responsable de Salud Movimiento Comunal
• Personal de Salud	8	Enfermera Médico

a) Generalidades de los Barrios.

Los barrios seleccionados se encuentran ubicados en la zona costera al lago de Managua, se caracterizan por malas condiciones de vida (pobreza, desnutrición, falta de vivienda, hacinamiento, desempleo, deficiente eliminación de desechos, etc...) que dan como resultado problemas sanitarios que influyen en el deterioro de la salud de los habitantes. Entre los problemas sanitarios más relevantes y de carácter epidemiológico son: Enfermedades de Transmisión Vectorial, Infecciones Respiratorias, Diarreas, Cólera, han dado el deterioro higiénico sanitario por el inadecuado manejo de los desechos sólidos y líquidos. Dichos barrios por su ubicación cuentan con un factor natural que favorece la presencia de enfermedades transmitidas por vectores.

En relación a la participación comunitaria, estos barrios cuentan con una experiencia excelente en la gestión y ejecución de acciones orientadas a mejorar sus condiciones de vida, creando conciencia a la población; esto en coordinación con el MINSA a nivel local. La categoría de los actores sociales ha tenido cambios en lo que respecta a su formación, ya que los B.P.S. han sido formados como PIS, lo que enfoca la atención primaria en Salud, es decir, un enfoque de Salud preventiva y Educación Sanitaria.

b) Agentes Comunitarios.

El mayor número de Agentes Comunitarios pertenecen al área de salud "Silvia Ferrufino" (35.7%) se atribuye a que se seleccionaron 3 barrios debido a su extensión, seguido del área de salud "Francisco Buitrago".

Se observa que el 69.39% son catalogados como B.P.S. y un 25.51% PIS. Esto puede atribuirse que hasta 1996 se realiza el proyecto de educación permanente a los Agentes Comunitarios para formación de PIS.

Respecto a los años de Colaborar en las acciones de salud, el 65.3% cuentan con 1-5 años y una minoría menor de un año.

El Conocimiento sobre las políticas de Salud, como eje fundamental de las actividades en la promoción de Atención Primaria en Salud, la mayoría (55%) refiere no conocerlas y el 45% reveló tener conocimiento de ellas.

En lo que respecta a la conceptualización de participación comunitaria se observa que se tiene certeza del concepto de una forma operativa.

El tipo de participación en las actividades de salud, refirieron ser activa (85.6%), elemento importante para promover la Atención Primaria en Salud, considerándose activa estar al llamado del MINSA a nivel local.

Las acciones desarrolladas son de carácter preventivo, en su mayoría en torno a la Jornada de Vacunación (44%) y un 27% de promoción (Limpieza).

En lo que respecta a la participación en la Planificación, Programación, Ejecución y evaluación expresaron su mayor intervención (96%), es en la ejecución de las acciones asignadas por el Ministerio.

La estrategia más utilizada por el MINSA, es la de Coordinación (87%), esto deja entrever que se necesita mayor integración para el fomento y promoción de la negociación.

Es catalogada por el 31.63% de los Agentes Comunitarios como excelentes las relaciones institucionales (MINSA) y el 29.59% buena. Esto podría dar respuesta al tipo de actividades que a la fecha se han ejecutado.

Dentro de las limitantes se observa que la mayoría refieren ninguna, no así el 13.26% expresó que existe renuencia de la población. Esto puede atribuirse a la poca cultura de la población en aplicar o manejar medidas preventivas.

c) Informantes Claves.

Se observa similar a los Agentes Comunitarios que el área de Salud en mayor porcentaje es el Silvia Ferrufino, seguido de Francisco Morazán, 41.02% y 20.5% respectivamente.

Del total de entrevistados se observa que el Movimiento Comunal es la organización comunal mas representativa a nivel local (48.71%) y una minoría JCOP (7.69%).

Esto se atribuye a que se ha mantenido desde los años 80 en la organización y búsqueda de solución de los problemas de la Comunidad.

En relación a los años de Colaborar la mayoría cuenta con 6 a 10 años y los de 11 años a más con el 33.33%, ambos se corresponden, lo que puede atribuirse a la sistematización de actividades en coordinación con el MINSA.

El tipo de participación en las actividades de Salud la mayoría respondió que ha sido activa (79.5%). Esto refleja las actividades de Salud desarrolladas.

Según el tipo de acciones desarrolladas opinaron que se han realizado de acuerdo a las necesidades del MINSA, a saber: el 33% Jornada de Limpieza y con un 30.7% Jornada de Vacunación.

La estrategia utilizada por el MINSA para fortalecer la participación comunitaria es la Coordinación (79.4%).

Al preguntar sobre el manejo de la Participación Comunitaria, un alto porcentaje (68.2%) refiere que ha sido bien manejada, atribuyéndose a la presencia del Director del área de Salud.

Lo referente al tipo de relación institucional expresaron en su mayoría ser buenas (33.4%).

Dentro de las limitantes que tienen mayor relevancia son: Abastecimiento y Actitud del Personal (12.8%) que se podría atribuir a la organización, horario de atención, ausencia del personal médico, supervisión, con un 10.2% según lo expresado.

Para superar estas limitantes expresaron con mayor porcentaje (25.6%) que la comunicación es el mejor mecanismo para optimizar la participación comunitaria.

d) Grupos Focales:

El 56.67% de los Pobladores expresaron conocer a los Agentes Comunitarios.

En relación a la opinión de los pobladores sobre los Agentes Comunitarios, el 50% expresó tener buena opinión.

Dentro de las acciones de salud desarrolladas por los Agentes Comunitarios el 60% expresó que desarrollan actividades de Prevención y un 20% de Promoción.

En lo que respecta al concepto de participación Comunitaria el 70% tiene un concepto adecuado.

8. CONCLUSIONES

1. El mayor número de actores sociales pertenecen al área de salud Silvia Ferrufino y Francisco Morazán, identificándose la modalidad de Brigadista Popular de Salud como organización comunal representativa a partir de los 80, seguida los PIS como muestra del Silais de especializar a los Brigadistas Populares de Salud; Con el objetivo de promover la Atención Primaria en Salud. Del total de informantes claves la organización comunal con mayor representatividad es el Movimiento Comunal.
2. Los entrevistados en su mayoría cuentan con 6 a 10 años de colaborar en las actividades de Salud (65.3%), seguido con un 43.3% de 1 a más años. Esto puede atribuirse a la sistematización de las actividades de Salud coordinadas con el Ministerio de Salud.
3. El conocimiento de las políticas de salud no han sido dadas a conocer a la mayoría de los entrevistados. Posiblemente al ser divulgadas se potenciaría la participación comunitaria.
4. Existe respuesta adecuada de la conceptualización de participación comunitaria por parte de los actores sociales y población (grupos focales). Esto puede atribuirse a la continuas actividades de prevención realizadas a nivel local.

5. Las acciones desarrolladas han sido de Promoción y Prevención lo que a contribuido en la incidencia de las enfermedades transmisibles. Cabe mencionar las Jornadas de Vacunación y de Limpieza.
6. El tipo de participación en la planificación, es solo en la ejecución, pues el Plan de Trabajo es orientado a nivel superior. Por lo que se considera una participación incompleta en todo el proceso de Planificación estratégica.
7. El tipo de participación que predomina es la Activa, esto expresado por ambos grupos entrevistados, característica según las acciones que dirige el MINSA.
8. La estrategia más utilizada por los servicios de salud, en ambos estratos es la Coordinación, lo que refleja las mismas actividades de carácter de Promoción y Prevención.
9. Las relaciones institucionales en general fueron catalogadas como buenas. Esto se refleja el tipo de acciones desarrolladas en coordinación con los servicios de salud.
10. El conocimiento de la existencia de los actores sociales en la comunidad han sido identificados por los Grupos Focales, así mismo califican como buena las actividades desarrolladas y en relación al concepto de participación comunitaria lo manejan de una forma operativa.

9. RECOMENDACIONES

1. Mantener un modelo de intervención en Educación Sanitaria que permita incidir en las prácticas sanitarias de la población.
2. Divulgar la identificación de los agentes comunitarios para facilitar su aceptación durante el desarrollo de las acciones de salud en la comunidad.
3. Motivar al personal de salud en la aceptación de los agentes comunitarios como recursos valiosos en el abordaje de los problemas de salud de la población, mejorando la comunicación.
4. Implementar talleres de capacitación a los Agentes Comunitarios sobre planificación estratégica. Esto potencializará las acciones de salud y fortalecerá el cumplimiento de los planes de salud, con miras al mejoramiento del estado de salud de la población.

ENTREVISTAS A AGENTES COMUNITARIOS BARRIOS COSTEROS DE MANAGUA

I. DATOS PERSONALES

1. Barrio _____
2. Clasificación _____
3. Años de laborar _____
4. Institución _____

II. PERCEPCION SOBRE PARTICIPACION COMUNITARIA Y EL MODELO DE ATENCION.

5. El MINSA ha dado a conocer a Ud. las Políticas de Participación Social (participación Comunitaria)?
SI _____ NO _____
6. Que entiende usted por participación comunitaria?
7. Cómo considera Ud. que ha sido su Participación en las acciones de salud?
a. Activa () b. Pasiva () c. Inducida () d. Nula ()
8. Conoce Ud., si Los Servicios de Salud en su territorio, desarrollan acciones de salud en beneficio de la comunidad?
9. Mencione las actividades de Salud que han desarrollado en la comunidad?

III. PROCESO Y CARACTERISTICAS DE LA PARTICIPACION COMUNITARIA COMO ESTRATEGIA EN LA ATENCION PRIMARIA.

10. Ha tenido Ud. la oportunidad de participar en las actividades de Programación, Planificación, Ejecución y Evaluación de las acciones de salud?

SI _____ NO _____ Explique en que momento

11. Cómo considera Ud. que han sido sus relaciones con los servicios de salud ?

a. Coordinación () b. Negociación () c. Coaptación ()
d. Autogestión () e. Cogestión ()

12. Puede Ud. clasificar las relaciones con los servicios de salud, según su criterio?

a. Excelentes () b. Muy buenas () c. Buenas ()
d. Malas ()

13. Cuales serían las limitantes para la participación Comunitaria?

14. Cómo pueden superarse estas limitantes?

ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVES PERSONAL DE SALUD Y LIDERES COMUNALES

I- DATOS GENERALES

Barrio: _____

Clasificación: _____

Años de laborar: _____

Institución: _____

1. **Cual sería su definición de Participación Comunitaria?**

2. **Cree usted que la Participación Comunitaria, es una estrategia fundamental en la solución de los Problemas de Salud.**

SI _____ NO _____ Explique _____

3. **Como se da el Proceso de Participación Comunitaria en su territorio?**

Activa
Pasiva
Inducida
Nula

4. **Que tipo de relación existe entre la Comunidad y los Servicios de Salud?**

Coordinación
Negociación
Coaptación
Autogestión
Cogestión

5. **Como clasificaría según su criterio, el tipo de relación entre la Comunidad y los Servicios de Salud?**

Excelente
Muy Buena
Buena
Mala

6. **Puede mencionar los Agentes Comunitarios y Organismos no Gubernamentales (ONG'S) de su territorio?**

7. **En la planificación de actividades de Salud, que personal se encuentra involucrado en las mismas?**
 - Director
 - Subdirector
 - Higiene
 - Otros

8. **Podría enumerar las diferentes labores que son ejecutadas por los Agentes Comunitarios.**

9. **Mencione las limitantes según los niveles que han incidido en la Participación Comunitaria.**

10. **Mencione que alternativas de solución pueden encontrarse en las limitantes para mejorar la Participación Comunitaria**

Tabla N° 1
Distribución porcentual de los Agentes Comunitarios por áreas de Salud

AREA DE SALUD	NUMERO	%
MORAZAN	26	26.5
SOCRATES FLORES	14	14.3
FRANCISCO BUITRAGO	23	23.5
SILVIA FERRUFINO	35	35.7
TOTAL	98	100%

Tabla N° 2
Clasificación de los Agentes Comunitarios

AGENTES COMUNITARIOS	NUMERO	%
Brigadista Popular de Salud (B.P.S.)	68	69.39
Promotores de Salud (P.I.S.)	25	25.51
Casas Bases (C.A.B)	2	2.04
Colaborador Voluntario (C.V.)	2	2.04
Parteras	1	1.02
TOTAL	98	100%

Tabla N°. 3
Años de Colaborar de los Agentes Comunitarios

AÑOS DE LABORAR	NUMERO	%
Menos de 1 año	8	8.2
De 1 a 5 años	64	65.3
De 6 a 10 años	14	14.3
De 11 a más años	12	12.2
TOTAL	98	100%

Tabla N° 4
Conocimiento sobre políticas de Salud del Ministerio de Salud

CONOCIMIENTO	NUMERO	%
SI	43	44
NO	55	56
TOTAL	98	100%

Tabla N° 5
Conceptualización de Participación Comunitaria

CONOCIMIENTO	NUMERO	%
Adecuado	58	59.19
Inadecuado	31	31.63
Abstención	9	9.18
TOTAL	98	100%

Tabla N° 6
Tipo de Participación en las actividades de Salud de los Agentes Comunitarios

TIPO DE PARTICIPACION	NUMERO	%
Activa	83	84.6
Pasiva	12	12.4
Inducida	3	3
TOTAL	98	100%

Tabla N° 7
Acciones desarrolladas por los Agentes Comunitarios

ACCIONES	NUMERO	%
Vacunación	44	44.90
Limpieza	27	27.55
Desarrollo Comunal	9	9.19
Curación	5	5.10
Atención de partos	3	3.06
Educación	3	3.06
Abstención	7	7.14
TOTAL	98	100%

Tabla N° 8
Proceso de participación de los Agentes Comunitarios
en las Actividades de Programación
de los Servicios de Salud

ACTIVIDADES	NUMERO	%
Ejecución	96	97.96
Planificación	1	1.02
Evaluación	1	1.02
TOTAL	98	100%

Tabla N° 8.1
Proceso de participación de los Agentes Comunitarios
en las Actividades de Programación
de los Servicios de Salud

PROCESO	NUMERO	%
Completo	0	0
Incompleto	98	100
TOTAL	98	100%

Tabla N° 9
Estrategia utilizada por los Servicios de Salud

INSTITUCIONES	NUMERO	%
Ignorado	3	3.06
Autogestión	3	3.06
Coaptación	3	3.06
Coordinación	87	88.78
Negociación	1	1.02
Ninguna	1	1.02
TOTAL	98	100%

Tabla N° 10
Relación Institucional con los Agentes Comunitarios

RELACION	NUMERO	%
Excelente	31	31.63
Buena	47	47.96
Muy Buena	18	18.37
Malá	2	2.04
TOTAL	98	100%

Tabla N° 11
Limitantes del Trabajo Comunitario

OPINION	NUMERO	%
Ninguna	38	38.80
Renuencia de la Población	13	13.26
Comunicación	8	8.16
Coordinación	7	7.14
Equipación	7	7.14
Abstención	6	6.12
Otros	19	19.38
TOTAL	98	100%

Tabla N° 12
Distribución de Informantes Claves
por área de Salud.

AREA DE SALUD	NUMERO	%
Francisco Morazán	8	20.51
Sócrates Flores	8	20.51
Francisco Buitrago	7	17.96
Silvia Ferrufino	16	41.02
TOTAL	39	100%

Tabla N° 13
Clasificación de los Informantes Claves

BARRIOS	NUMERO	%
Trabajador de la Salud	13	33.33
Movimiento Comunal	19	48.72
JCOP	3	7.69
Ignorado	4	10.26
TOTAL	39	100%

Tabla N° 14
Años de Colaborar con el MINSA
Informantes Claves

AÑOS	NUMERO	%
Menor de 1 año	0	0
1 a 5 años	8	20.51
6 a 10 años	17	43.60
11 a más	13	33.3
Ignorado	1	2.56
TOTAL	39	100%

Tabla N° 15
Tipo de Participación en las Actividades de Salud
de los Informantes Claves

TIPO DE PARTICIPACION	NUMERO	%
Activa	31	79.50
Inducida	3	7.70
Pasiva	3	7.70
Nula	2	5.10
TOTAL	39	100%

Tabla N° 16
Acciones desarrolladas por los informantes claves

ACCIONES	NUMERO	%
Abstención	5	12.8
Abatización	1	2.6
Autocogestión	1	2.6
Capacitación	2	5.1
Desarrollo Comunal	1	2.6
Desarrollo Comunitario	1	2.6
Educación Sanitaria	1	2.6
Integral	1	2.6
Jornada Nacional de Vacunación	12	30.8
Jornada de Limpieza	6	15.4
Letrinificación	1	2.6
Medicación	2	5.1
Trabajo de Terreno	5	12.8
TOTAL	39	100%

Tabla N° 17
Estrategias utilizadas por el personal de salud en la participación
Comunitaria según informantes claves

ESTRATEGIAS	NUMERO	%
Autogestión	2	5.13
Coaptación	2	5.13
Coordinación	31	79.49
Negociación	1	2.56
Ninguna	3	7.69
TOTAL	39	100%

Tabla N° 18
Relación Institucional con Informantes Claves

RELACION	NUMERO	%
Buena	21	53.85
Muy Buena	8	20.51
Excelente	6	15.38
Mala	2	5.13
Sin Datos	2	5.13
TOTAL	39	100%

Tabla N° 19
Limitantes Informantes Claves

LIMITANTES	NUMERO	%
Abstención	6	15.38
Abastecimiento	5	12.82
Comunicación (egocentrismo capacitación)	3	7.70
Estímulo (demostración)	3	7.70
Actitud del Personal	5	12.82
Ideológicas	2	5.13
Mala atención y rechazo al Paciente	2	5.13
Organización, Horario, P/médico, Supervisión	4	10.25
Otros	7	17.94
TOTAL	39	100%

Tabla N° 20
Conocimiento de Agentes Comunitarios por los Pobladores

CONOCIMIENTO	NUMERO	%
SI	17	56.67
NO	9	30
Abstención	4	13.33
TOTAL	30	100%

Tabla N° 21
Opinión de los Pobladores sobre los Agentes Comunitarios

OPINION	NUMERO	%
Son buenos, ya que dan Educación Sanitaria	15	50
Ayudan en las Acciones de Salud	8	26.67
Abstención	7	23.33
TOTAL	30	100%

Tabla N° 22
Acciones de Salud desarrolladas por los Agentes Comunitarios

ACCIONES	NUMERO	%
Jornada de Vacunación	7	23.33
Medicación (Malaria)	5	16.67
Abatización	6	20
Jornada de Limpieza	6	20
Abstención	4	13.33
Otras (Promoción)	2	6.67
TOTAL	30	100%

Tabla N° 23
Concepto de Participación Comunitaria
Grupos Focales

DEFINICION	NUMERO	%
Vecinos reunidos para discutir los problemas y tomar decisiones	9	30
Grupos de personas reunidas con dirigentes de Salud para evitar propagación de las enfermedades.	6	20
Participación de la Comunidad en las acciones de salud en Pro del Bienestar.	6	20
Abstención	6	20
Cooperar cuando hay Epidemia	3	10
TOTAL	30	100%

Tabla N° 23.1
Concepto de Participación Comunitaria
Grupos Focales

CONCEPTO	NUMERO	%
Adecuado	21	70
Inadecuado	9	30
TOTAL	30	100%

BIBLIOGRAFIA

1. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Congreso Internacional OPS. Ministerio de salud y bienestar de Canadá y la Asociación de salud pública. Pág. 25- 29. Salud.
2. Desarrollo y fortalecimiento de los SILOS. La participación social. OPS/OMS. Septiembre 1990. Pág. 1 - 37.
3. Participación de la comunidad en la APS. Instituto Interamericano del Niño. II Boletín. Julio - Diciembre 1983 N°. 224.
4. Plutarco Naranjo / Carlos Terán. Participación Comunitaria. Ministerio de Salud pública, Quito, Ecuador 1990. Pág. 64 - 66.
5. Políticas, Estratégica y Líneas de acción en Participación Comunitaria en Salud, Ministerio de Salud, Colombia. Noviembre 1991. Pág. 23 - 27.
6. Ricardo Lorwe. Panorama de la educación para la salud en México. U.A. Metropolitana Xochimilco. Area Educativa y salud.
7. Aplicación de la estrategia de la salud, para todos en el año 2,000. Vol. III, Región de las Américas OPS/OMS. 1993 Pág. 17 - 19
8. Martínez M. Manuel, Análisis de la política de salud y proceso de participación social. Nicaragua 1982 - 1992, Agosto 1993.
9. Juárez Díaz, Ligia etc. Participación Social para el fortalecimiento de los SILAIS, Managua, Nicaragua. Ministerio de Salud, 1992. Pág. 21.
10. Perchersky y Graciela. Participación de los organismos de masas en las acciones del sector de salud.

11. Desarrollo y fortalecimiento de los Silos. La participación social en el desarrollo de la Salud. OPS/OMS. 1993.
12. Carlos F, José. Evaluación participativa con enfoque sistemático en Programas de Salud Integral. Managua, Nicaragua Octubre 1996.
13. La participación social para el fortalecimiento de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud. Managua, Nicaragua Enero 1992.
14. Los Sistemas Locales de Salud. Publicación científica # 519 1990 OPS/OMS.
15. Agudelo, C.A. Participación Comunitaria en Salud. Bol. Oficina Sanit. Panam, 95 (3) 205-16, 1983.
16. Pérez Montiel René. Impacto de la participación Comunitaria en el registro de datos en Unidades de Salud seleccionadas. León, Mayo-Agosto. 1993
17. Nicaragua. Ministerio de Salud. La Participación Popular y Atención Primaria en Salud en Nicaragua. Agosto, 1987.
18. González de Julián, Margarita María. Los Sistemas Locales de Salud: Componente de participación social en Salud. El Salvador, Julio 1992.
19. Cuadra Fernández, Rosario; Marsal de Varona, Graciela. Respuesta social de la población frente a los problemas de salud en dos barrios de Managua, 1995.
20. Participación Social en Salud: Los promotores voluntarios. Nicaragua, 1991.
21. Participación Popular en la Salud en América Latina. Experiencia de Chile, Cuba y Nicaragua, 1982.
22. Política Nacional de Salud. Ministerio de Salud. 28 de octubre 1993. Propuesta y Compromiso del Gobierno y Novena Política. Desarrollo de la Participación Social.
23. Desarrollo de la Participación Social y fortalecimiento de las Casas Bases. Ministerio de Salud. Managua, Abril 1994.